



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA SOCIAL DA AMAZÔNIA**

MARCOS RODRIGO DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO

**O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: uma história de
inovação e ensino para a saúde
(1976-1990)**

Belém
2023

MARCOS RODRIGO DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO

**O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: uma história de
inovação e ensino para a saúde
(1976-1990)**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em História Social da Amazônia (PPHIST/UFPA), como requisito avaliativo parcial para obtenção do título de Mestre em História Social da Amazônia.
Linha de Pesquisa: Cidade, Floresta e Sertão: Cultura, Trabalho e Poder.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Leila Mourão Miranda.

Belém
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C744h Conceição Nascimento, Marcos Rodrigo da.

O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS

BARRETO: : : uma história de inovação e ensino para a saúde (1976-1990) / Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento. — 2023.

235 f. : il. color.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Leila Mourão Miranda
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Belém, 2023.

1. história institucional;. 2. história do trabalho hospitalar;. 3. história da saúde;. 4. século XX;. 5. Brasil republicano.. I. Título.

CDD 981.06

MARCOS RODRIGO DA CONCEIÇÃO NASCIMENTO

O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO: uma história de inovação e ensino para a saúde (1976-1990)

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em História Social da Amazônia (PPHIST/UFPA), como requisito avaliativo parcial para obtenção do título de Mestre em História Social da Amazônia.
Linha de Pesquisa: Cidade, Floresta e Sertão: Cultura, Trabalho e Poder.

Data da defesa: ____/____/____/

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Leila Mourão Miranda
Orientadora – PPHIST/UFPA

Prof. Dr. Pere Petit Peñarrocha
Examinador interno – PPHIST/UFPA

Prof.^a Dr.^a Regina Fátima Feio Barroso
Examinadora interna – ICS/UFPA

Prof. Dr. Silvio Ferreira Rodrigues
Examinador externo – EA/UFPA

Prof. Dr. José Maria de Castro Abreu Junior
Examinador externo – Suplente – ICM/UFPA

*À Raquel,
ao Rafael, à Ananda e à Agni.*

AGRADECIMENTOS

Muito obrigado, Senhor Deus, por me amar tanto e permitir que eu, uma centelha, um fragmento diminuto do Teu ser infinito, pudesse me expressar, mesmo que erroneamente, pois agora sei que vivendo hoje como um homem, mesmo que eu atinja o zênite da sabedoria humana, meu pensar ainda será um carente arremedo do Teu oceano imensurável de sabedoria perfeita e absoluta.

Agradeço-te também, por ter enviado um arauto Teu, Treya, em Fernando Augusto Ribeiro de Oliveira, para resgatar-me, mesmo quando essa quase insignificante fração tua chamada Rodrigo negava-se a continuar o trabalho que havia me comprometido contigo fazer: viver nesse mundo perfeito e muito bom que Tu criaste, que se tornou pela ignorância humana um vale de lágrimas, vivência essa que objetiva expressar uma fração da perfeição do Teu ser (o Cristo em mim) e ajudar a humanidade a realizar esse trabalho em conjunto (o Cristo em todos). Gostaria de agradecer à Benildes, hoje minha amiga, mas, que era uma amiga dos meus amigos, quando me incentivou e convenceu-me a tentar fazer o mestrado. Ela mostrou-me que era possível para um pai de família, ex-alcoólatra e ex-dependente químico, que tinha, há pouco tempo, perdido a mãe para um câncer que a corroeu por cerca de três anos, dar conta também dessa enorme tarefa. Meu especial agradecimento à minha esposa, Raquel Gusmão de Almeida, pois, sem a estrutura e estabilidade que a vida contigo me proporcionou, jamais poderia ousar realizar um empreendimento como esse que me exigiu tanta dedicação.

Agradeço à minha orientadora, professora Dr.^a Leila Mourão Miranda, por aceitar orientar um aluno cheio de dificuldades e compromissos, mas, que teve muita boa vontade. Agradeço-lhe a compreensão, paciência, carinho e também os puxões de orelha necessários. Agradeço também aos meus professores das disciplinas do mestrado no PPHIST-UFPA, por todas as contribuições. Elas foram importantíssimas para a construção das interpretações presentes na minha dissertação de mestrado.

Meu muito obrigado aos meus colegas de programa de pós-graduação, Kelly, Nélio e Lucas, que sempre me deram muita força e ajudaram-me como puderam.

E, por fim, eu agradeço a todos os envolvidos na criação e execução do Programa de Apoio à Qualificação de Servidores Docentes e Técnico-Administrativos (PADT), que facilitou o meu ingresso e de centenas de outros servidores na pós-graduação da UFPA.

Foi muito bom o presente que vocês me trouxeram hoje.

Vocês abriram uma porta do meu coração que eu pensei que nunca mais fosse acessar.

Uma parte da minha vida profissional como bibliotecária da área médica do grande Mestre Hospital Barros Barreto!”

Vera Lúcia dos Santos Carvalho

Bibliotecária aposentada do Hospital Universitário
João de Barros Barreto

RESUMO

A presente dissertação de mestrado possuiu como objetivo realizar uma interpretação acerca da história institucional e a história do trabalho hospitalar no Hospital Universitário João de Barros Barreto, no período histórico que partiu do ano de 1976 até o ano de 1990. As análises desta dissertação de mestrado contemplaram a história institucional do sanatório destinado ao tratamento da tuberculose no Estado do Pará, o Sanatório Barros Barreto e a sua transformação em Hospital Geral, em 1976, e deste ao Hospital Universitário João de Barros Barreto, em 1990. A partir das entrevistas, registros de jornais, fotografias, realizou-se uma interpretação da história institucional e da história do trabalho hospitalar no Hospital Universitário João de Barros Barreto, em que pese as referências teóricas utilizadas destaca-se a: 1) história institucional, uma perspectiva que vislumbra as estratégias de atuação praticadas pelos agentes inseridos na instituição, e de que maneira isso manifestou-se na sociedade do entorno. 2) campo médico, a perspectiva que observa a constituição do campo da saúde como reflexo daquilo que mudou-se no campo da ciência médica. Essas mudanças foram decorrentes das mudanças no campo da sociedade, econômico e político. Enquanto abordagem metodológica foi eleita a 4) história oral, esta consiste na estratégia de buscar o contato com os sujeitos que trabalharam, ou tiveram algum outro tipo de contato com a instituição. A matéria-prima da história oral, isto é, as entrevistas foram feitas com os agentes históricos: a) Dr.^a Regina Fátima Feio Barroso, b) Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira, c) Dr. Aristóteles Guilliod de Miranda, d) Sr.^a Vera Lúcia dos Santos Carvalho. O primeiro capítulo possuiu como objetivo realizar discussões de aspecto teórico e metodológico sobre os conceitos de história institucional, história do trabalho e campo médico. A segunda parte do capítulo traçou os aspectos históricos sobre a instituição hospital, em seguida, tratou dos conceitos de hospital de ensino e hospital universitário relacionados às abordagens na especificidade histórica do HUIBB. O segundo capítulo teve por objetivo apresentar historicamente a fundação e a institucionalização do HUIBB, realizada através do diálogo entre os registros de jornais, fontes orais com a historiografia sobre as instituições e políticas de saúde voltadas a Amazônia na conjuntura dos grandes projetos de investimento em saúde na região que caracterizou o Vargasismo na década de 1930 até a atuação do SPVEA durante o juscelinismo dos anos de 1950. O terceiro capítulo teve por objetivo abordar a transformação do Sanatório Barros Barreto em HBB, como resultado do ápice da mudança na abordagem epidemiológica da tuberculose, acarretou-se obsolescência do modelo sanatorial entre os anos de 1960 e 1970, durante a ditadura civil-militar. No final da vigência este regime em 1980, as modificações nas políticas nacionais de saúde desdobraram-se no HBB ao ponto de atingir a organização das relações de trabalho entre os anos de 1983 até a contratualização do hospital a União, em 1990 quando optou-se por tornar o Hospital João de Barros Barreto um Hospital Universitário integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e credenciado ao Ministério da Educação através do cumprimento da tripla missão dos Hospitais Universitários expresso no tripé – ensino, pesquisa e extensão.

Palavras-chave: história institucional; história do trabalho hospitalar; história da saúde; século XX; Brasil republicano.

ABSTRACT

The aim of this master's thesis is to carry out a complex interpretation of the institutional history and the history of hospital work at the João de Barros Barreto University Hospital, in the historical period starting from the year 1976 to the year 1990. The analyzes of this master's thesis included the institutional history of a sanatorium dedicated to the treatment of tuberculosis in the State of Pará, Sanatorium Barros Barreto, its transformation into a General Hospital, in 1976, and from there into the Hospital Universitario João de Barros Barreto, in 1990. Based on the interviews, photographic newspaper records , an interpretation of the institutional history and the history of hospital work at the João de Barros Barreto University Hospital is realized, in which despite the basic references used, the following stand out: 1) institutional history, a perspective that glimpse the action strategies practiced by the agents inserted into the institution, and how it manifested itself in the surrounding society. 2) medical field, the perspective that observes the constitution of the health field as a reflection of what has changed in the field of medical science. These changes were due to changes in the city, economic and political fields. As a methodological approach, 4) Oral history was chosen, this committed to the strategy of seeking the contact with the subjects if they were worked or had some other type of contact with the institution. The raw material of oral history, that is, the interviews were carried out with historical agents: a) Dr. Regina Fatima Feio Barroso; b) Dr. Antonio Anselmo Bentes de Oliveira; c) Dr. Aristoteles Guilliod de Miran da; d) Ms. Vera Lucia dos Santos Carvalho. The first chapter owned with the objective carry out theoretical and methodological discussions on the concepts of the institutional history, labor history and medical composition. The second part of the chapter outlined the historical aspects of the hospital institution, then dealt with the concepts teaching hospital and university hospital related to approaches to historical specificity of HUIBB. The second chapter aimed to present historically the foundation and institutionalization of HUIBB, carried out through dialogue among newspaper records, oral sources with historiography about institutions and health policies aimed at the Amazon in the context of large investment in health in the region that characterized Vargasism in the 1930s until SPVEA's performance during the Juscelinism of the 1950's. The aim of the third chapter was to address the transformation of the Sanatorium Barros Barreto into HBB, as a result of the peak of the approach in the tuberculosis epidemiology area, got involved obsolescence of the sanatorial model between the 1960s and 1970s, during the military dictatorship period. At the end of this regime's validity in 1980, the changes in national policies health sector unfolded in HBB were developed in the HBB as a bridge to achieving the coordination of labor relations from 1963 until the contracting of the hospital by hand, in 1990 when it was decided to make Hospital João de Barros Barreto a University Hospital integrated into the with the Sistema Unico de Saude (SUS) accredited by the Ministry of Education with the implementation of triple mission of the University Hospitals expressed in the teaching, research and extension.

Keywords: Institutional history; History of hospital work; History of health; twentieth century; Republican Brazil.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1–	Relação dos profissionais da saúde do Sanatório Barros Barreto (1957-1964).....	128
Quadro 2–	Relação dos Diretores/Diretoras do HUIBB (1957-atualidade).....	135
Quadro 3–	Evolução do perfil institucional do Hospital Universitário João de Barros Barreto.....	172

LISTA DE FIGURAS

Figura 1–	O Hospital de Isolamento Domingos Freire.....	87
Figura 2–	O Hospital São Sebastião.....	89
Figura 3–	O Hospital São Roque, 1939.....	90
Figura 4–	Distribuição das Delegacias Federais de Saúde em 1937.....	92
Figura 5–	João de Barros Barreto Filho em 1930.....	97
Figura 6 –	João de Barros Barreto Filho em 1950.....	97
Figura 7–	Planejamento arquitetural do Sanatório de Tuberculose de Belém.....	101
Figura 8–	Obras do Sanatório de Tuberculose de Belém paralisadas até o ano de 1948.....	103
Figura 9–	J.K. e a Comissão Organizadora do IX Congresso Nacional de Tuberculose.....	105
Figura 10–	J.K. e a Comissão Organizadora do IX Congresso Nacional de Tuberculose.....	109
Figura 11–	Inauguração do Sanatório Barros Barreto pelo presidente J.K. (1957)....	110
Figura 12–	Placa de inauguração do Sanatório Barros Barreto (1957).....	112
Figura 13–	A estrutura arquitetural monobloco do Sanatório Barros Barreto em 1973.....	118
Figura 14–	Droga antibacteriana Estreptomina.....	119
Figura 15–	Registro do diretor Almir Gabriel à frente do “Barros Barreto” (1971-1976).....	138
Figura 16–	Parte correspondente à área leste-sul em junho de 1973, com as obras não finalizadas.....	140
Figura 17–	As alas leste-sul concluídas, s/d.....	140
Figura 18–	Hospital Regional de Base Barros Barreto reconstruído em 1977.....	147
Figura 19–	O governador Aloysio Chaves (à esquerda), o diretor do “Barros Barreto”, Almir Gabriel (no centro) e o ministro Almeida Machado (à direita).....	148
Figura 20–	Com a presença do ministro Paulo de Almeida Machado, o “Barros Barreto” passou a hospital geral.....	149
Figura 21–	Placa de reinauguração do HBB após a reconstrução de 1977.....	151
Figura 22–	O Hospital João de Barros Barreto em 1989.....	161
Figura 23–	O Hospital-Escola da Santa Casa de Misericórdia em ruínas em 1987...	167

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIR	Autorização de Internação Hospitalar
BASA	Banco da Amazônia
ANM	Academia Nacional de Medicina
BCB	Banco de Crédito da Borracha
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin
CAP'S	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEASA	Centro Estadual de Abastecimento do Pará
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CF	Constituição Federal
CHU	Complexo Hospitalar Universitário
CIS	Comissão de Investigação Sumária
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONSUN	Conselho Universitário da UFPA
DIP	Departamento de Imprensa e Propaganda
DNPS	Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DNS	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
DNT	Divisão Nacional de Tuberculose
DOU	Diário Oficial da União
Dr.	Doutor
Dra.	Doutora
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EUA	Estados Unidos da América
FIDAM	Fundo de Investimentos Privados no Desenvolvimento da Amazônia
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HBB	Hospital Barros Barreto
HE	Hospital de Ensino
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HJBB	Hospital João de Barros Barreto
HU	Hospital Universitário
HU's	Hospitais Universitários
HUBFS	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto

IAP'S	Institutos de Aposentadoria e Pensão
IEC	Instituto Evandro Chagas
IHD	International Health Division
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEC	Instituto de Patologia Experimental do Norte
IPEN	Instituto Experimental do Norte
MDB	Movimento Democrático Brasileiro
MEC	Ministério de Educação e Cultura
MES	Ministério de Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPA	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
PCB	Partido Comunista do Brasil
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RS	Reforma Sanitária
RU	Reforma Universitária
SAMPHS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SEGE	Serviço de Grandes Endemias
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde do Pará
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SPVEA	Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia
SUDAM	Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUP	Superintendente
SUS	Sistema Único de Saúde
UDF	Universidade do Distrito Federal
UDN	União Democrática Nacional
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFPA	Universidade Federal do Pará
UnB	Universidade de Brasília
UNE	União Nacional dos Estudantes
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	HUJBB: UMA HISTÓRIA INSTITUCIONAL.....	42
2.1	História institucional e do trabalho em saúde.....	42
2.2	Instituição hospital: aspectos históricos.....	53
2.3	Hospitais universitários e a tríade Ensino, Pesquisa e Extensão.....	66
3	HUJBB: UMA HISTÓRIA DE ORIGEM	73
3.1	Políticas sanitaristas para o tratamento da tuberculose.....	73
3.2	Sistemas de tratamento nas outras instituições.....	83
3.3	Sanatório Barros Barreto: criação e institucionalização.....	91
3.4	Mudanças na epidemiologia da tuberculose.....	115
4	HUJBB: CONTRATUALIZAÇÃO PELO SUS COMO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	123
4.1	A conjuntura política.....	123
4.2	O Sanatório torna-se o Hospital Barros Barreto.....	126
4.3	O Hospital João de Barros Barreto.....	153
4.4	O HUJBB e sua contratualização como Hospital Universitário.....	162
4.5	A integração à Universidade Federal do Pará.....	165
4.6	Depoimentos.....	174
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	184
6	FONTES.....	186
	REFERÊNCIAS.....	192
	ANEXOS.....	203
	ANEXO A – Entrevista com a Dr.^a Regina Fátima Feio Barroso.....	204
	ANEXO B – Entrevista com o Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira...	215
	ANEXO C – Entrevista com o Dr. Aristóteles Guilliod de Miranda.....	225
	ANEXO D – Entrevista com a Sra. Vera Lúcia dos Santos Carvalho.....	234

1 INTRODUÇÃO

Não tenho nem palavras para agradecer. Eu entrei aqui com uma incerteza, e saio daqui com uma certeza, porque eu fui bem cuidado nesse lugar.¹

Esse relato pertence ao senhor José Carlos Silva, homem de 56 anos e morador de Belém. O “seu” José Carlos foi o primeiro paciente internado com *Covid-19* a receber alta no Hospital Universitário João de Barros Barreto, exatamente na tarde de sexta-feira, do dia 10 de abril de 2020. A dona Maria Edileuza, esposa do seu José Carlos, contou que ele é diabético e teve um quadro gripal no dia 23 de março, com tosse, febre, dor de cabeça e dificuldade para respirar. A família dele decidiu procurar o “Barros Barreto”, e conta a notinha de jornal que o seu José Carlos foi logo transferido da atenção básica no dia 4 de abril. Depois da confirmação do diagnóstico de *Covid-19*, ele foi transferido para a Unidade de Tratamentos Intensivos (UTI), onde recebeu toda a assistência e medicação necessária até a melhora do quadro clínico dele. Na saída do Hospital, a notícia conta que o seu José Carlos agradeceu a todos os profissionais que lhe prestaram assistência durante o período em que ele ficou internado. Ele até tirou fotografia sendo aplaudido pela equipe médica e transformou-se em uma esperançosa estatística naquele difícil mês de abril de 2020, ainda tão incerto e temido por causa do alto número de mortes por coronavírus, uma doença tão devastadora quanto desconhecida àquele momento.

O caso do seu José Carlos foi noticiado pelo portal institucional do Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará (CHU/UFPA), que compreende o Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza e o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), e mesmo sendo uma pequena amostra do trabalho do hospital em Belém, reflete, em escala maior, todo um conjunto de atuações dos Hospitais Universitários (HU’s) no Brasil, especialmente, as ações dessas instituições no combate à pandemia do *SARS-CoV-19*, o vírus causador da doença Coronavírus, descoberto na cidade de *Wuhan* (China), em 2019, e encontra-se disseminado pelo globo terrestre até a atualidade.

Vivendo em plena época de pandemia, eu comecei a pensar nessas questões suscitadas pelo tempo presente, de modo a categorizá-las com a problemática desta dissertação de mestrado. Este trabalho objetivou construir uma história institucional do HUIBB e do

¹ Paciente com *Covid-19* recebe alta no Hospital Barros Barreto. Notícias. Complexo Hospitalar Universitário da UFPA. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), Ministério da Educação (MEC). Disponível em: http://www2.ebserh.gov.br/web/chu-ufpa/noticia-destaque/-/asset_publisher/mUhpXBVQ6gZ/content/id/5118564/2020-04-paciente-com-covid-19-recebe-alta-no-hospital-barros-barreto-assista. Acesso em: 12 mar. 2021.

trabalho hospitalar nas suas articulações com a assistência em saúde à sociedade amazônica através da pesquisa, ensino e extensão. Através do estudo da história institucional do HUIBB e da história do trabalho em saúde nesse hospital, instalado em Belém do Pará, atualmente vinculado à UFPA, procurei traçar a conexão aos conceitos teóricos e metodológicos no campo da História Social. Isso se mostra nas discussões e no acionamentos dos conceitos e elementos metodológicos que constam no capítulo 2. Já no primeiro tópico do referido capítulo, apresento alguns aspectos da história do trabalho no HUIBB.

A pesquisa e a escrita desta dissertação deram-se através da associação entre as relações de trabalho no âmbito do campo médico amazônico e global, que se constituíram enquanto experiências sociais, que acabaram por consolidarem-se nas fontes hemerográficas e orais como memória dos trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB. Em relação à memória do trabalho, busquei apresentar no capítulo 2, a história oral como uma das formas de obtenção de dados empíricos a serem tratados.

Até aqui, procurei apresentar o objeto de estudo que consistiu na história institucional e do trabalho em saúde na região da Amazônia paraense que se iniciou durante a ditadura civil-militar no Brasil, passando pelo contexto da Redemocratização brasileira. Nesse período, em especial, as diretrizes no campo da saúde coletiva e ensino das ciências médicas esteve sob os pressupostos ditados com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, uma política nacional de descentralização da atenção à saúde básica, de média e alta complexidade. O SUS é hoje considerado a maior política de saúde pública mundial, sendo um elemento fundamental para as formas de estruturação dos contratos entre os Hospitais Universitários (HU) e o Governo Federal. Isso possibilita que os HUs sejam dotados de formas de organização administrativa e gestão de recursos financeiros, humanos, desenvolvimento de tecnologias em ciências da saúde, formação e aperfeiçoamento de profissionais em ciências da saúde e médicas, bem como o atendimento à sociedade, através das ações de Extensão, em grande medida.

Tendo como ponto de partida as diretrizes abordadas por essa perspectiva da história institucional, emergiram questões metodológicas, as quais foram tratadas. Como procedimento inicial, no trabalho se buscou relacionar os dados empíricos coletados através da pesquisa nas fontes hemerográficas e orais aos subsídios teóricos e metodológicos da história institucional. Assim, se pôde tratar dos dados sobre a história do trabalho na instituição hospital a partir de uma conjuntura específica, justificada pelo recorte temporal delimitado, que partiu do ano de 1976 e finalizou-se no ano de 1990. Acionando os elementos

teóricos e metodológicos da história institucional, pode encontrar a instrumentação necessária para fazer a história do trabalho hospitalar, esmiuçada na análise das relações de trabalho entre os trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB. Aqui tomados como vestígios do passado, os relatos destes profissionais de saúde encontraram-se esmiuçados nas fontes como representações de memória das suas experiências individuais.

O HUIBB foi um hospital instaurado na cidade de Belém na qualidade de Sanatório de Tuberculose em 1957, nascido com o objetivo de combater a tuberculose por meio do isolamento do paciente na instituição localizada na região de periferia da cidade, recepcionando os pacientes acometidos pela doença oriundos de outros dois hospitais de tratamento da tuberculose: o Hospital São Sebastião e o Hospital Domingos Freire.

A fundação do Sanatório Barros Barreto no ano de 1957 localizou-se no contexto das políticas do 1º Plano Quinquenal de Valorização Econômica da Amazônia, promulgado pelo governo federal do presidente Juscelino Kubistchek, o qual teve diretrizes voltadas para a área da saúde pública, convertendo-se na assistência médico-sanitária. O Plano expandiu os recursos financeiros, possibilitando: a construção da rede hospitalar da região amazônica; a assistência dos acometidos de doenças tropicais; o incentivo ao ensino das ciências médicas; e os recursos destinados às pesquisas científicas das endemias e epidemias das doenças infectocontagiosas recorrentes nas regiões de clima tropical.

Na década de 1960, considerou-se que permaneceram as influências do campo político nas elaborações das políticas públicas na área da saúde, podendo ser tomadas como parte considerável para o entendimento dos processos “internos” do Hospital Barros Barreto. Em 1976, o Sanatório Barros Barreto modificou sua nomenclatura para Hospital Barros Barreto (HBB), através da Portaria nº 249/Bsb, de 12 de julho, assinada pelo Ministro da Saúde (MS), Paulo de Almeida Machado. A reorganização Hospital Barros Barreto (HBB) foi decorrente de demandas das políticas de saúde efetivadas pelo Estado autoritário instalado em 1964, cujas diretrizes voltadas para o desenvolvimento econômico desdobraram-se nas políticas de “integração” da região amazônica ao Centro-Sul, no contexto do regime político nascido do golpe de Estado que instaurou a ditadura civil-militar no País.

Desse modo, a periodização inicial justificou-se devido ao fato de o ano de 1976 ser o ano em que ocorreu o registro oficial da mudança do Sanatório de Tuberculose Barros Barreto para tornar-se o Hospital de doenças infecto-parasitárias Barros Barreto. Essa mudança de

nomenclatura² encontrou-se na Portaria nº 249/Bsb de 12 de julho de 1976, documento publicado no *Diário Oficial da União* nº 136, de 19 de julho de 1976, coletado no Livro de Registros Históricos do HUIBB, localizado na Biblioteca “Dr. Alexandre Barros dos Santos”.

No ano de 1976, a instituição passou a chamar-se HBB, em pleno contexto da ditadura civil-militar, cuja solenidade de reinauguração foi presidida com a presença do Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado. A partir disso, o HUIBB sofreu as pressões ocasionadas pelas modificações tecnológicas e científicas na epidemiologia³ da tuberculose, por consequência de novos métodos acionados para o controle da doença, como: novos métodos de diagnóstico, a redução no tempo de tratamento, a prioridade no tratamento ambulatorial e a redução da necessidade de manter em internato o doente infectado pela tuberculose (Proposta de integração ensino serviço pesquisa⁴, 1990, p. 2).

Na década de 1980, houve outra mudança de nomenclatura da instituição, que de HBB tornou-se o HUIBB, através da Portaria n. 337, de 01 de novembro de 1983, assinada pelo Ministro da Saúde, Waldir Mendes Arcoverde. Foi oficializada a criação da biblioteca pertencente ao hospital, cujo nome homenageia o Dr. Alexandre Barros dos Santos, um dos diretores da instituição no ano de 1983. Reiteramos que este fato ocorreu coincidentemente ao ano em que a instituição mudou novamente a nomenclatura de HBB passou a chamar-se HUIBB, através da Portaria nº 337, de 01 de novembro de 1983.

Em 1990, o hospital foi cedido para a UFPA, tornando-se uma instituição de ensino no campo da saúde, por meio de um Termo de Cessão de Uso, celebrado entre o MS e o MEC,

² Portaria nº 249/Bsb, de 12 de julho de 1976; Portaria nº 337, de 01 de novembro de 1983. *Diário Oficial da União* (DOU), 02 de dezembro de 1983, 204208, Seção I. Série: Livro de Registros Históricos do HUIBB, Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, HUIBB, UFPA.

³ De acordo com Filho (1989) e Sounis (1985), Epidemiologia, dos termos gregos “epi” (sobre), “demos” (povo) e “logos” (estudo) é a ciência médica que se propõe a estudar quantitativamente a distribuição dos fenômenos de saúde e doença seus fatores condicionantes e determinantes nas populações humanas. Portanto, é um campo da ciência que trata dos vários fatores genéticos, sociais ou ambientais e condições derivadas de exposição microbiológica, tóxica, traumática, etc., que determinam a ocorrência e a distribuição de saúde, doença, defeito, incapacidade e morte entre os grupos de indivíduos. O estudo do processo saúde-doença através do método epidemiológico possui uma dimensão de determinação social, e como se sabe, as sociedades estão sujeitas a leis próprias, cuja explicação ultrapassa as possibilidades do método clínico. Enquanto a clínica dedica-se ao estudo da doença no indivíduo, analisando caso a caso, a *epidemiologia* debruça-se sobre os problemas de saúde em grupos de pessoas, às vezes grupos pequenos, na maioria.

⁴ Documento integrante do Livro de Registros Históricos do Hospital João de Barros Barreto. Estes foram dois compilados de documentos obtidos através da seleção de documentos internos pertencentes à rotina administrativa da instituição, cujos documentos possuem relatos que partem da fundação e estendem-se até a Cessão da instituição à União. Explicitamos que o “Livro de Registros Históricos do HUIBB” do HUIBB datado de 1990 é a fonte de número 1, devido ter sido encontrado primeiro pelo pesquisador. O “Histórico” do HUIBB datado de 1990 é a fonte de número 2 devido a este documento ter sido encontrado pelo pesquisador tempos depois do anterior.

através da UFPA, tendo ainda a participação da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Pará nesse processo⁵.

Essa periodização ocorreu em razão de tratar-se do período que o HUIBB⁶ foi transformado, a nível jurídico, em instituição de ensino de ciências médicas e ciências da saúde na Amazônia paraense. O período que compreendeu os anos de 1960 até os anos de 1980 caracterizou-se por vigorarem transformações político-sociais ocasionadas pelas intervenções geopolíticas por parte dos poderes internacionais e por parte do governo federal. Becker (2005) assinalou que entre os anos de 1960 a 1980, a Amazônia constituiu-se como fronteira de capital natural em nível global, cujas intervenções derivaram de dois projetos geopolíticos: um primeiro projeto para a Amazônia teve cunho internacional; e o segundo projeto teve cunho nacional e previu a integração da Amazônia sul-americana, continental, a partir de uma lógica de acumulação, que viu a natureza como recurso reserva de valor para a realização de capital futuro, gerando um processo de mercantilização da natureza.

Esse foi o contexto de evolução econômica da Amazônia brasileira. De acordo com Petit (2003), a produção do minério manganês nas jazidas existentes no Amapá, iniciada em 1956, expandiu seus valores e converteu-se no principal produto exportado pela Amazônia até o final da década de 1970, alcançando economicamente patamares equivalentes aos atingidos pela borracha na virada do século XIX para o século XX⁷.

Os anos de 1950 caracterizaram-se pelo impacto do modelo econômico da Cepal sobre os projetos desenvolvimentistas dos poderes internacionais para a América Latina, e nesse contexto foi inserida a criação, em 1953, da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), cujo objetivo, de acordo com Petit (2003), foi definido pelo poder legislativo, que propunha destinar 3% das rendas tributárias da União à execução do Plano de Valorização Econômica da Amazônia no período acima de 20 anos, exclusivamente para o desenvolvimento da Amazônia. Em 1955, foi elaborado o 1º Plano de Valorização Econômica da Amazônia e inaugurou uma nova fase de intervenção na natureza amazônica, cujas diretrizes eram voltadas ao campo da saúde pública, com incremento nos recursos destinados à construção da rede hospitalar necessária ao combate às doenças

⁵ Como se trata de um ponto fundamental para a proposta desse estudo, no tópico que tratou da Justificativa dessa dissertação estiveram expostos mais elementos acerca desse processo, sendo ali apresentados, referenciados e tratados os documentos que ratificam esses pontos no processo histórico da instituição.

⁶ Doravante, será referido com a sigla HUIBB, iniciais do “Hospital Universitário João de Barros Barreto”.

⁷ A borracha teve seu último e curto ciclo econômico entre os anos de 1943 até 1945, impulsionado pela demanda do mercado internacional por ocasião da Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Codificado nos Acordos de Washington (1942), o tratado internacional foi estabelecido entre os Estados Unidos da América, Grã-Bretanha e Brasil, com vistas a incentivar a produção da borracha na Amazônia brasileira.

endêmicas e epidêmicas nessa região de clima tropical, sendo a fundação do Sanatório Barros Barreto fruto dessa política pública para o setor de saúde da SPVEA⁸.

Os anos de 1990 caracterizaram-se por uma nova fase de atuação da instituição. A partir dessa década, o hospital reestruturou sua dimensão organizacional, passando a adaptá-la às demandas do ensino superior, isto é, às atividades de ensino de ciências da saúde, pesquisa científica e extensão universitária. Assim, colocou-se em prática o redimensionamento da organização administrativa do HUIBB, com a perspectiva de estabelecer a efetiva integração docente assistencial, de forma a ofertar à sociedade o atendimento de outras doenças. Devido ter sido, por muito tempo, centro de tratamento da Tuberculose, o HUIBB tornou-se capaz de tratar doenças infectocontagiosas e infecto-parasitárias, como: difteria, a epidemia de *cólera morbus* (1990-1991), e a epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) Síndrome da Imunidade Adquirida (AIDS) (1980-1989).

No ato da Cessão do hospital à União, o HUIBB integrou-se às diretrizes da Política Nacional de Saúde, cujo objetivo tornou-o capaz de cumprir os requisitos para tornar-se o centro de referência para o tratamento da Tuberculose na região, e de outras doenças infectocontagiosas e de caráter infecto-parasitárias e com possibilidade de extensão à Nefrologia e Hemodiálise (Relatório situação proposta a integração ensino-serviço-pesquisa, 1990, p. 2). Além de pneumopatias, o hospital passou a assistir à população com a cirurgia reparadora em hansenianos, correção cirúrgica de lábio leporino e o atendimento de envenenamento por acidentes ofídicos.

Nesse contexto, as legislações existentes a dispor sobre a caracterização do HUIBB como bem público pertencente à União haviam sido duas. A primeira era o Código Civil de 1916⁹, art. 66, que definiu os bens públicos como coisas materiais ou imateriais que possuíssem valor econômico e que podiam servir de objeto a uma relação jurídica, cuja classificação definiu os hospitais enquanto os bens públicos de uso especial, tais como edifícios ou terrenos destinados a serviço ou estabelecimento da administração federal, estadual ou municipal, inclusive os de suas autarquias. A outra legislação ordenadora da cessão do hospital à União vigente à época era a Constituição Federal (CF) de 1988, que em seus art. 20 e art. 26, enumerou os bens públicos que pertenciam à União, como os bens públicos de uso comum, sob os quais permitiam-se o livre acesso e utilização de todos; e os bens públicos de uso

⁸ Em 1942, foi criado o Banco de Crédito da Borracha (BCB), e por volta de 1960 esta instituição monopolizava as compras aos seringalistas e as vendas ao mercado nacional e internacional da borracha amazônica para suprir as necessidades civis e militares dos Países Aliados (Grã-Bretanha, França e Estados Unidos) na Segunda Guerra Mundial, uma vez que estes países haviam perdido os domínios sobre os seringaais asiáticos para o Japão, envolvido da guerra aliado aos países do Eixo (Petit, 2003).

⁹ O Código Civil de 1916 é a nomenclatura sob a qual foi popularizada a Lei n. 3.071 de 1 de janeiro de 1916.

especial, uma vez que sua destinação se direcionava à administração federal e funcionamento do governo.

Em 1990, com a transformação do hospital em HU administrado pelo MEC, ressalta-se a expansão do papel da instituição no que se refere ao processo de incremento do serviço médico. Esse processo possibilitou a ampliação da capacidade do hospital para 240 leitos disponíveis, ambulatório de Infectologia e Pneumologia e vários meios para recurso diagnóstico: Raio-X, Ultrassonografia, Eletrocardiograma, Tomografia, Endoscopia Respiratória e Espirometria (Quadro demonstrativo de recursos humanos do HJBB, 1990, p. 14), quando passaram a ser realizadas as atuações de ensino no HJBB. Assim, começaram a ser disponibilizadas vagas para atuação de estagiários nos níveis de graduação e pós-graduação na área médica, mas, também em áreas afins, assim como a aceitação de práticas de Residência Médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias, em Pneumologia e Cirurgia Geral, e a instauração de um projeto de Residência em Enfermagem (Hospital Barros Barreto: histórico do hospital, 1976, p. 3-4)¹⁰.

O HJBB, em 1990, passou a ser denominado de Hospital Universitário João de Barros Barreto, sob a sigla HJBB, com a cessão da instituição de saúde à UFPA, sendo MEC o órgão federal responsável por esse processo. Dessa forma, ocorreu uma ampliação na prestação de serviços e foram executadas significativas mudanças nas atividades de assistência à população do Estado do Pará. A Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Pará também esteve atuando no processo, possibilitando a cobertura da assistência hospitalar para a Amazônia paraense¹¹.

O acervo de fontes que sustenta as discussões e argumentos aqui expostos nesta dissertação estão assim discriminados: 65 fotografias coloridas; dois “Históricos do HJBB”, coletados na Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos (HJBB); Atas do Conselho Universitário da UFPA (CONSUN), coletadas no SEGE/Reitoria da UFPA; os periódicos A Província do Pará (1977-1981), Beira do Rio (2005), O Tambor¹² (2005). Outras edições dos periódicos Estado do Pará (1977) foram fontes coletadas no edifício do HJBB. Os jornais O Liberal (1977; 1980-1989) e o jornal Diário do Pará (1980-1989) foram coletadas no site da

¹⁰ Documento integrante do Livro de Registros Históricos do HJBB (1990).

¹¹ No que diz respeito à situação das políticas de saúde no país, Rodrigues e Santos (2009) assinalaram que algumas mudanças relacionadas à saúde pública devem ser apontadas, no decurso das décadas de 1970 e 1980: implantação de alguns órgãos federais, como o Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, em 1977) e o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária, em 1981 (Conasp), cujo objetivo era fortalecer a assistência médica e social à população brasileira.

¹² Periódico interno do HJBB.

Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional; e outras edições do jornal Beira do Rio (1987) foram coletadas no site do Portal da UFPA.

Depois da atividade de organização e seleção das fontes para a pesquisa, teve início a análise destas fontes históricas, a coleta dos registros de memória de pessoas que trabalharam no hospital à época que informaram sobre a instituição de forma esclarecedora. Assim, notou-se a possibilidade de estudar essa instituição por meio da memória do trabalho construída sobre esse centro de pesquisa e ensino na área médica durante a passagem da ditadura civil-militar ao regime democrático, isto é, esse foi o contexto histórico selecionado para as entrevistas e entrevistados. Foi possível vislumbrar elementos que permitiram compreender, por meio da história institucional, as continuidades e mudanças nas políticas públicas para o campo do combate à doença, na promoção da saúde e a questão da prevenção na Amazônia brasileira, essencialmente, no território paraense.

Os documentos históricos disponibilizados pelos profissionais do setor da Biblioteca “Alexandre Barros dos Santos” foi fator fundamental para a realização deste trabalho, pois propiciou o acesso ao grande compilado de documentos de registro da história do hospital chamado de “Livro de Registros Históricos do HUIBB”. Ademais, também tive acesso a documentos do setor de Administração do hospital, tais como uma caixa-arquivo com diferentes tipos de documentos que, tratados como dados, possibilitaram recurso a elementos informativos. Esse montante de dados podem ser assim descritos: relatórios, recortes de jornal, fotografias, relatórios de gestão. No total, tivemos durante a pesquisa, dois “históricos”, compilações de documentos da instituição – portanto, material coligido pela própria instituição, o que significa que assim foram “guardados”, “tratados”, “catalogados” e “disponibilizados” de acordo com os interesses institucionais, como qualquer documento que seja acessível ao historiador, pois, “o que sobrevive não é o conjunto daquilo que existiu no passado, mas uma escolha efetuada pelas forças que operam no desenvolvimento temporal do mundo e da humanidade” (Le Goff, 2003, p. 525).

O “Livro de Registros Históricos do HUIBB” derivou da seleção e fotocópia de documentos administrativos realizadas por uma bibliotecária chamada Sra. Vera Lúcia dos Santos Carvalho, cuja pesquisa resultou em um enorme compilado de documentos cuja narrativa abrangeu a fundação do Sanatório Barros Barreto até a sua transformação em Hospital Universitário João de Barros Barreto. Esse compilado chamado de “Histórico”, está localizado no setor da Biblioteca “Alexandre Barros dos Santos”. Já o “Histórico” consiste em um texto de 11 laudas, de autoria não identificada, que procurou abranger um espaço temporal que vai desde a fundação do hospital, a atuação do Dr. Antônio de Oliveira Lobão, o

primeiro diretor da instituição, as políticas públicas para a saúde nos anos de 1950 a 1960 e o projeto desenvolvimentista da SPVEA, no que diz respeito à destinação de recursos para a construção do Sanatório Barros Barreto.

Essas fontes citadas só contêm informações sobre o hospital, sua criação, institucionalização e cessão à União. Assim, foi preciso buscar em fontes de outra natureza mais dados. Dessa forma, recorri a relatos da oralidade de trabalhadores e trabalhadoras do Hospital. Foi por meio das fontes orais produzidas através de entrevistas realizadas com dois ex-diretores da instituição – a Dr.^a Regina Fátima Feio Barroso e o Dr. Anselmo Bentes de Oliveira. Ademais, também concedeu entrevista para a pesquisa o médico Dr. Aristóteles Guilliod de Miranda e a bibliotecária, Sra. Vera Lúcia dos Santos Carvalho. Tais relatos possibilitaram que pudessem ser auferidos dados a serem tratados no escopo geral do montante de dados. Desse modo, esses registros de memória, bastante profícuos, nos informaram sobre o período de transição política e as consequências dessa situação no ano de 1990, no campo dos serviços em saúde pública e do ensino acadêmico em ciências médicas e da saúde na Região Norte.

Portanto, a partir das fontes hemerográficas e orais analisadas, apresentou-se a questão que consistia em saber como se desdobraram no HUIBB, as relações entre as políticas de saúde públicas destinadas para a Amazônia pelo governo federal e as transformações no espaço político e social do Estado do Pará e da cidade de Belém. Além disso, interessou-nos saber como as atividades do HUIBB impactaram a sociedade no concernente à implantação de políticas institucionais de saúde e ao enfrentamento das questões da saúde pública na Região Norte, uma vez que, por exemplo, em 1990, dentre as justificativas para a integração do HUIBB à UFPA, encontrou-se no texto do Histórico, documento integrante do Livro de Registros Históricos do HUIBB (1990), a possibilidade de institucionalizar as atuações universitárias no hospital por meio dos quatro eixos essenciais, que serão apresentados a seguir.

1) Assistência: a cessão do HUIBB à UFPA possibilitou a expansão do número de leitos, fazendo subir este número para 240; a criação do Ambulatório de Infectologia e Pneumologia; Expansão dos Recursos Diagnósticos: construção de laboratórios de análises clínicas; aquisição de aparelhos de Raio-X, ultrassonografia, eletrocardiograma, tomografia convencional, endoscopia respiratória, espirometria.

2) Ensino: tinha por objetivo institucionalizar o ensino superior na área de saúde, a fim de elevá-lo ao nível de graduação e pós-graduação no HUIBB, tornando-o institucionalmente habilitado a cumprir sua vocação histórica na área do ensino em saúde através dos estágios a

nível de graduação e pós-graduação; Residência Médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Pneumologia e Cirurgia Geral; a reativação da Residência Médica em Enfermagem.

3) Pesquisa: a pesquisa havia sido desenvolvida desde os primórdios do HUIBB na forma de investigação de agentes etiológicos de doenças de elevada prevalência na região amazônica. Com a integração à União, houve o aumento das áreas e a expansão da pesquisa por diferentes setores, como: a) uso de novas drogas para o tratamento da tuberculose; b) a pesquisa sobre a sensibilidade ao protozoário causador da Malária (*Plasmodium Falciparum*); c) prosseguimento da pesquisa interdisciplinar em cólera.

4) Extensão: o hospital universitário converteu as funções exercidas na área do ensino em assistência à população, cobrindo grande parte das doenças prevalentes no Estado do Pará e na região amazônica (Histórico, 1990, p. 4). O Termo de Cessão de Uso, isto é, o documento de proposta de integração em ensino-pesquisa e extensão do HUIBB, narrou que foi desenvolvido um programa de Capacitação e Aperfeiçoamento de Recursos Humanos na área de saúde em nível local e regional¹³.

Ao acatar a proposta de utilizar as instalações do HUIBB para suas atividades de Ensino-Pesquisa-Extensão, a UFPA visou satisfazer uma necessidade institucional, visto que não possuía uma estrutura hospitalar adequada às complexidades das demandas de apoio ao ensino de graduação, pós-graduação e pesquisa científica. O aumento do número de atendimentos à população foi a contrapartida do hospital à sociedade, na forma de Extensão Universitária da instituição. Foi nesse sentido que se pretendeu verificar as preconizações de uma modernização de impulso autoritário, e a maneira como se praticaram as políticas de saúde pública na região amazônica. Por outro lado, coube verificar as formas de articulação entre as questões de saúde pública e o campo médico da região amazônica, que se instaurou no decurso da transição política no País, tal qual a dos anos 1980, e a nova conjuntura que se instituiu a partir dos anos 1990.

Estas foram as justificativas metodológicas e temporais da dissertação, haja vista que foi necessário o estabelecimento do recorte temporal para o claro entendimento da temática a qual se propôs este estudo de história institucional. Percebeu-se a partir da leitura das fontes históricas e da historiografia para construir essa dissertação, que as atuações políticas dos trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de

¹³ Autoridades envolvidas no Termo de Cessão de Uso: Ministro da Saúde Alceni Guerra; Ministro da Educação Carlos Alberto Chiarelli; Governador do Estado Hélio da Motta Gueiros; Reitor da UFPA, Nilson Pinto de Oliveira. DOU, 6 de dezembro de 1990 – Seção 1, p. 1. Série: Livro de Registros Históricos do HUIBB, Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, HUIBB, UFPA.

ensino e pesquisa do HUIBB influenciaram e tiveram implicações que acabaram por influenciar na forma como o processo de institucionalização foi conduzido.

A dissertação de mestrado tratou das relações entre as políticas públicas de saúde e as políticas de saúde pública, na maneira como foram implantadas pelos poderes políticos de âmbito estadual e nacional no HUIBB, no contexto da ditadura civil-militar e na transição para a Redemocratização na Amazônia paraense.

Consideramos que as questões de saúde pública estiveram diretamente relacionadas com as atuações de instâncias políticas: o Governo Federal, o Governo Estadual, a participação do Município de Belém, das demais instituições de ensino-pesquisa-extensão e de setores da sociedade civil. Foi nosso objetivo analisar o modo como ocorreu essa participação na instalação, regulamentação e institucionalização do antigo Sanatório Barros Barreto até sua transformação no HUIBB, o hospital que se instalou como a instituição de tratamento de saúde, transformando-se juridicamente em uma instituição de ensino, pesquisa e extensão em saúde à população da Região Norte.

Importantes mudanças ocorreram no contexto histórico do estudo, em todas as esferas da sociedade brasileira: economia, cultura, sociedade e a política. Foram campos nos quais as transformações mostraram-se com intensidade. As relações sociais viram-se fortemente impactadas pelas alterações nas relações econômicas e políticas, que por sua vez, interferiram no desenvolvimento da saúde pública. Maior complexidade esteve nas mudanças nacionais que impactaram as relações sociais e políticas que se desenrolaram na Amazônia paraense.

Os registros impressos presentes na memória institucional do HUIBB, aliados aos registros orais de memória dos trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB informaram-nos sobre o panorama do desenvolvimento das ações das políticas de saúde pública e das relações de trabalho no HUIBB. Isso nos permitiram entender o processo de institucionalização das políticas de saúde pública na Amazônia paraense entre a ditadura civil-militar e a Redemocratização. Ao longo dos três capítulos da dissertação, foi analisada a implantação de um hospital de tratamento da tuberculose e por meio de fatores derivados de planejamentos políticos, disponibilidade de recursos e avanços técnico-científicos, o hospital institucionalizou-se enquanto instituição de ensino, pesquisa e extensão, ofertando à população da cidade de Belém, do Estado do Pará e da Região Norte do Brasil, atividades de combate às doenças, promoção da saúde e prevenção de enfermidades endêmicas e epidêmicas características de região de clima tropical.

Através dessas proposições, traçaram-se os parâmetros da investigação histórica desta dissertação de mestrado, isto é, considerou-se que na implantação das atividades de ensino-

pesquisa-extensão no HUIBB houve elementos de ordem político-social, cuja imposição contribuiu para que assim tivesse ocorrido. Retornando aos apontamentos sobre a sustentação da perspectiva institucional sobre o campo médico, procurou-se acatar a proposição de que os estudos em história da saúde devem ser encaminhados por duas trilhas: de um lado, deve-se ter em conta que as mudanças no campo médico foram necessariamente reflexos daquilo que se mudou no campo da ciência médica; por outro lado, saber que essas mudanças no campo da ciência médica foram decorrentes das mudanças na sociedade, no campo econômico e político. Dessa maneira, entende-se que esses elementos, mesmo como fatores que se situaram fora do âmbito médico, constituíram o conjunto de estudo como história da saúde pública através de uma instituição de ensino, pesquisa e extensão.

Ao longo do devir histórico, a noção de saúde pública buscou relacionar no campo social as implicações de ordem do biológico¹⁴. Desde o século XIX, já se ressaltava a importância da Medicina como ciência social. Em seu trabalho sobre a questão, George Rosen (1979) sistematizou ideias de outros autores da época e as apresentou sintetizadas em três argumentos que visaram sustentar a Medicina como ciência social: o primeiro diz que a saúde do povo foi um objeto de inequívoca responsabilidade social; o segundo afirmou que as condições econômicas e sociais têm interferência na saúde e na doença e que isso deve ser tratado cientificamente; e o terceiro salientou que devem ser tomadas providências para promover a saúde e combater a doença. Isso se legitima, de acordo com Catão (2011), porque as ações no campo médico igualmente pertencem à ordem do social.

Esse foi o contexto primordial das imbricações entre saúde como elemento do campo médico e do campo social. Nessa época, a partir de elementos do princípio das questões de ordem médica, que foram fundamentalmente de ordem social, foi que Salomon Neuman construiu um tratado que foi um marco na história da saúde pública intitulado o *Projeto de uma Lei de Saúde Pública*, que foi submetido à Sociedade Berlinense de Médicos e Cirurgiões em 1849. Segundo Rosen (1979, p.86) e Catão (2011, p.143), constavam no projeto os seguintes pontos:

- I. A Saúde Pública tem como objetivos: 1. O saudável desenvolvimento físico e mental do cidadão; 2. A prevenção de todos os perigos relativos à saúde; 3. O controle da doença.
- II. Saúde Pública deve preocupar-se com: 1. A sociedade como um todo, considerando as condições físicas e sociais gerais que podem adversamente afetar à saúde, tais como solo, indústria, comida e moradia; 2. Cada indivíduo, considerando

¹⁴ Atualmente entende-se por saúde uma completa relação entre o que constitui o indivíduo. Etimologicamente, originou-se do latim *salus*, que significa são, inteiro, salvo, salvação. Dessa palavra derivam *saluus*, *solidus* e *soldus*, que expressou solda e soldado, ou seja, uma única peça, algo inteiro, completo. Segundo Catão (2011), nas origens gregas, o sentido desse termo é de inteiro, intacto, real. Portanto, saúde como integridade não permite a fragmentação em física, mental e social. Abordagens sobre saúde foram partes das diversas disciplinas.

as condições que o impedem de cuidar de sua saúde; sendo que estas condições podem ser divididas em duas categorias principais: a. condições, como pobreza e enfermidade, em que o indivíduo tem o direito de exigir assistência do Estado; b. condições em que o Estado tem o direito e a obrigação de intervir na liberdade pessoal do indivíduo no interesse da saúde, como no caso de doenças transmissíveis e doença mental.

III. A Saúde Pública pode atender a estes deveres: 1. Providenciando um número suficiente de pessoal médico bem treinado; 2. Estabelecendo uma organização adequada de pessoal médico; 3. Criando instituições apropriadas para a saúde pública.

A partir das balizas teórico-metodológicas apresentadas, apontaram-se interpretações na forma de monografias e artigos que apresentaram elementos pertinentes ao interesse desta dissertação. Alguns trabalhos que se mostraram entrelaçados ou que lidaram com o tema da instituição hospital – bem como acenos às questões de âmbito a ela relacionadas – foram apresentados, para tratarem da instituição hospital de ensino e hospital universitário como campos de assistência médica e de ensino, no contexto de referência da valorização e reafirmação do conhecimento médico-científico na constituição de material e no fortalecimento da qualificação de práticas médicas. Isso teve como objetivo tratar dessa atividade como representação da circularidade de conhecimento, haja vista que o fortalecimento da ciência médica resultou como demanda do campo social.

O conceito de Medicina Social surgiu no momento da Revolução Industrial no século XVIII, em decorrência dos problemas do surgimento de doenças no contexto da Industrialização. Ali emergiu a preocupação com um novo grupo que surgiu: a classe de trabalhadores das indústrias, fruto das sociedades modernas. Todavia, de acordo com Catão (2011), ao longo dos anos, o conceito de medicina social passou a um sentido mais amplo, englobando outros grupos sociais.

Esse conceito foi proposto pelo francês Jules Guérin no artigo “Médicine Sociale”, que foi publicado em Paris, em março de 1848. Nesse artigo foi proposta a ideia que apontava no sentido de suplantar aquilo que até então entendia-se por “saúde pública”. Tratava-se de uma questão que estava diretamente relacionada às questões de atuação da polícia. A higiene e a Medicina constituíam um campo de pensamento sobre a saúde pautado na noção de uma polícia médica orientada pelo Estado. Catão (2011) assinalou que surgiu então ali como campo a “Medicina Social”, cujo eixo era considerar a questão da saúde relacionada aos problemas sociais; subentendeu-se aí o acionamento da ideia de cidadania como constitutivo dessa formulação.

Então, passou a haver uma nova forma de controle da sociedade por meio do corpo do indivíduo, como satisfação da necessidade que o modo de vida capitalista requereu. As

instituições e o aparato técnico e tecnológico do incipiente campo médico passaram a ser fundamentais na nova forma de vida social. Em outras palavras, a Medicina Social foi a medicina de controle dos corpos para a efetivação do uso desses, cuja força de trabalho, constituindo-se no objeto da biopolítica. Dessa forma, o que se assentou foi o controle do corpo sobre a sociedade, não mais apenas pela instrumentalização de elementos de caráter ideológico, mas de controle efetivo do corpo, o que Foucault (2011) notadamente apresentou ser fruto de um espaço social, que foi o meio urbano: as cidades criaram meios de vigilância desses corpos; e o hospital foi um núcleo – a institucionalização do isolamento praticado na Idade Média – dos mais eficazes.

A medicina urbana surgiu, então, com essa característica de ser o aparato “vigilante” da vida urbana, cujo aspecto primordial foi o combate à disseminação de doenças, devido às necessidades de higiene e precariedades, como acúmulo de lixo, ausência de saneamento e intensos contatos entre pessoas e animais, potencializando a difusão de doenças. Dessa situação, Foucault (2011) assinalou ter surgido a necessidade do controle dos corpos (objeto), como estratégia do modo de vida capitalista e das políticas médicas.

Pelo exposto, ficou claro que a ligação entre política e as questões médicas foi uma construção histórica de relevância, e que a abordagem através da história institucional certamente foi profícua para o entendimento dessas questões colocadas. Por isso, há sentido no interesse em realizar uma investigação sobre as experiências desse entrelaçamento. Isso repercutiu nas relações de trabalho, na experiência social do grupo que conviveu no período abarcado, haja vista que a sustentação da investigação foi a relação da saúde, doença e das práticas de atuação política e de ensino médico no HUIBB, como elemento do campo médico na Amazônia paraense no contexto dos anos 1990.

O contexto de atuação desses sujeitos na instituição como participação política e tendo em vista as práticas sociais que se relacionaram ao trabalho, certamente desenrolaram-se como interesses precisos daquela conjuntura. A principal perspectiva da dissertação, que consistiu no que procurei defender, foi que as atuações dos sujeitos envolvidos delinearão as formas de atuação institucional, mas, também se viram influenciadas por elas. Como propôs a história institucional, coube ver as estratégias de atuação na realidade do campo médico praticadas pelos agentes inseridos na instituição, e de que maneira isso manifestou-se na parcela da sociedade do entorno à instituição.

Nos anos de 1990, Hobsbawm (1995) argumentou que com a instauração de uma nova ordem mundial, sem um sistema ou estrutura internacional que delineasse as perspectivas do mundo, uma ausência de clareza nas atuações dos atores em escala mundial, cujas formas de

relação estavam pautadas nos processos de interação global, houve uma atualização do conceito de saúde pública. De acordo com Terris (2005), saúde pública foi “a arte e a ciência de prevenir a doença e a incapacidade, prolongar a vida e promover a saúde física e mental mediante os esforços organizados da comunidade”.

Na sua proposta, Terris (2005) apresentou as quatro premissas básicas, de ordem teórica e prática, para a saúde pública: “profilaxia das enfermidades não infecciosas; prevenção das moléstias infecciosas; promoção da saúde; e melhoria da atenção médica e da reabilitação”.

Então, se tomou essa situação histórica como cenário, com a pretensão de demonstrar como, a partir da Cessão de Uso do hospital à União (1990), as ações no HUIBB, que originariamente deveriam ser voltadas, principalmente para a pesquisa e o ensino, viram-se colocadas numa dimensão de extensão, isto é, de atendimento à sociedade do entorno. Essa “questão” colocou-se como problemática de escopo histórico devido à realidade social em que o serviço de atendimento à saúde pública em um hospital de ensino implicou em uma demanda que resultou de arranjos e rearranjos resultantes das mudanças e negociações entre os poderes políticos estaduais e federais que atuaram no campo da saúde pública¹⁵.

O conceito de hospital universitário¹⁶, de acordo com Araújo e Leta (2014), remeteu-se à definição dessa instituição como lugar de ensino e pesquisa, mas, também sua atuação na assistência à sociedade do entorno. Foi notável a interligação entre essas instituições como pertencentes a um campo específico, acionado como “campo médico”, no sentido de apontar a sua característica institucional. Nesse primeiro momento, apresentaram-se alguns pontos pertinentes à formulação da ideia de hospitais universitários como pertencentes a uma dupla função – de maneira que se somaram ensino e pesquisa – instituição acadêmica e de atendimento às necessidades de saúde da sociedade.

Os hospitais universitários, cuja natureza consistiu em serem hospitais de ensino, pesquisa e extensão, estruturaram-se através da finalidade de promover a formação de novos profissionais, a geração e aplicação de novos conhecimentos e produtos, e oferta de um conjunto de serviços de atenção à saúde para a população. De acordo com Araújo e Leta (2014), tecnicamente, caracterizaram-se como pontos de atendimento de nível terciário, haja vista que sua finalidade precisa foi o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa.

¹⁵ Isso teve como contexto histórico, a afirmação da ordem neoliberal, o que significou dizer que se tornou imperativa uma realidade baseada no enfraquecimento das políticas de Estado para o campo da saúde. Isso deu-se no decurso das propostas e ações de redução dos gastos do Estado com saúde pública, comprometendo esse campo.

¹⁶ Utilizaremos ao longo deste trabalho, a grafia HU para fazer referência aos Hospitais Universitários.

Coube ainda apontar que essas instituições caracterizaram-se segundo as conceituações de Medici (2001), as quais foram: a) desempenho de importante papel no atendimento médico de nível terciário; b) apresentaram forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa, relacionadas ao tipo de atendimento médico que dispensaram; c) atraíram alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e; d) exerceram um papel político importante na comunidade de entorno em que estiveram inseridos, dadas as suas escalas, dimensionamentos e custos.

Ocorreu que na atualidade um fator tornou-se preponderante na realidade dessas instituições: a independência em relação às instituições universitárias as quais estavam vinculadas. Uma das questões acerca dessas características “adquiridas” pelos hospitais universitários relacionou-se com o distanciamento nas áreas de sua especialidade, do perfil epidemiológico das populações e dominadas pelos interesses dos médicos especialistas.

Isso foi uma demonstração das mudanças nos serviços de saúde nos últimos anos, que puderam assim ser elencados de acordo com Medici (2001) e Silva e Caxias (2016): o fortalecimento das atividades de prevenção; promoção de cuidados à saúde; democratização e participação social; aumento das práticas médicas influenciadas que estiveram no centro de interesse do mercado de seguros e planos de saúde (padronizações); rotinas, procedimentos e práticas mais padronizadas, controles externos; multidisciplinaridade da atenção à saúde; aumento do conhecimento e da regulação do setor; divulgação de elementos de defesa do consumidor; fortalecimento do aparato judicial contra práticas médicas; e adoção de modelos de gestão pautados na racionalização dos gastos.

As análises das fontes históricas utilizadas nesta dissertação de mestrado tomaram o “paradigma indiciário” de Ginzburg (1989), como as diretrizes para a análise dos dados empíricos vindos das fontes informativas utilizadas na construção da pesquisa histórica, que originou os três capítulos desta dissertação. Reiteramos que nossa busca de fontes nos arquivos do HUIBB consistiu no primeiro passo que se deu na construção do corpo documental desta dissertação. A primeira fonte foi o “Livro de Registros Históricos” n.1, compilado pela bibliotecária, Sra. Vera Lúcia dos Santos Carvalho, disponibilizado no setor da Biblioteca “Dr. Alexandre Barros dos Santos”, pertencente ao HUIBB. O segundo documento foi o “Histórico” n. 2, uma narrativa memorialística em 11 laudas de autoria desconhecida, cuja narrativa recompôs a trajetória institucional do HUIBB, entre os anos de 1959 até 1970.

Os documentos produzidos internamente no HUIBB ou nas instituições externas, mas, que por algum motivo foram guardados em seus arquivos, foram as fontes que possibilitaram

a construção da investigação histórica como meio inicial para a sistematização das informações nos documentos. Embora as incursões ao arquivo da instituição tenham, até então, sido feitas apenas na biblioteca, houve informações de que mais documentações estiveram alocadas em outros lugares do edifício. Essa demanda por busca e sistematização foi o procedimento que até então continuava sendo feito, mas, foi interrompido pelas paralisações decorrentes da eclosão da pandemia de *Covid-19* (2019–atualidade).

O conseqüente fechamento dos arquivos e bibliotecas possibilitou a retomada tardia na pesquisa no arquivo. A pesquisa, então, passou por revezes, e foi concentrada apenas na rotina de leitura do documento, condição primeira para a plena realização da atividade de pesquisa histórica.

Esse contato com os dois “Históricos” do HUIBB permitiu que pudessem ser identificadas outras potenciais fontes, haja vista que a “sequência” compunha-se de: registros de falas cerimoniais dos Diretores da instituição; Termos e Portarias do MS; Quadro Demonstrativo de Recursos Humanos; Organogramas do Quadro Funcional do hospital; Quadros e Tabelas de Leitos, Ambulatórios e Quadro de Pessoal; Estruturas Regimentais da Saúde, entre os anos de 1956-1991.

Coube ressaltar que as suas organizações foram realizadas por uma trabalhadora setorializada na biblioteca, e identificada como Sra. Vera Lúcia dos Santos Carvalho¹⁷, enquanto o outro funcionário a organizar o “Histórico n. 2”¹⁸ permaneceu desconhecido e anônimo. Ambos reuniram o que se encontrava disperso, condensando-os em uma única encadernação, para que estivessem na forma de documentos oficiais¹⁹, ou na forma de registros de memória institucional²⁰. De toda forma, trataram-se de dois documentos históricos, haja vista que, de acordo com Le Goff (2003, p.547):

[Documento histórico é] o resultado de uma montagem, consciente ou inconsciente da história, da época, da sociedade que o produziram, mas, também das épocas sucessivas durante as quais continuou a viver talvez esquecido, durante as quais continuou a ser manipulado, ainda que pelo silêncio.

De Le Goff (2003), foi importante reter a ideia da mudança fundamental na forma de tratar o documento histórico, pois foi ele um produto resultado de interesses, produzido por um agente ou em um determinado ponto do processo histórico, que expressou a visão de

¹⁷ A Sra. Vera Carvalho foi o nome encontrado escrito de próprio punho em um papel em branco compilado no “Histórico” n. 1. Acreditamos ser ela a responsável pela pesquisa e organização dessa massa documental, visto que neste papel estava escrita a seguinte frase: “*Pesquisa sobre Histórico do H.U.J.B.B. Vera Carvalho*”.

¹⁸ Este funcionário foi o pesquisador e selecionador dos registros de memória do “Histórico” n. 2.

¹⁹ O “Livro de Registros Históricos” do HUIBB n. 1. O número 1 foi devido ter sido encontrado primeiro.

²⁰ “Histórico” do HUIBB n. 2. O número 2 foi devido o documento ter sido encontrado depois.

mundo do grupo detentor do poder naquele contexto histórico-social. Ele foi portador de uma intenção, desprovido de neutralidade. Até a revalorização da perspectiva do que significou o documento histórico, proposta pela Escola dos *Annales*²¹, o fator primordial do Positivismo para a concepção de documento era a sua “neutralidade”, que supostamente continha a verdade a ser revelada pelo historiador. Com a nova concepção oriunda das transformações encetadas na pesquisa histórica, ficou patente que todo documento traz consigo interesses de quem o “guardou”, assim como sua utilização revela os interesses do historiador.

O processo de busca de documentos na instituição foi ele próprio já uma demonstração dos argumentos de Le Goff, por tratar-se de um espaço de práticas médicas vinculado a uma Universidade Federal, por isso o cuidado em “disponibilizar” o acesso aos documentos e outros meios de informação que estivessem relacionados à intenção do pesquisador de tecer uma narrativa histórica sobre a instituição foi sempre motivo de autuação e concessões, com reservas ou não, por parte do funcionário do setor de arquivo. Comum e recorrente foi a pergunta que seguiu o modelo: “para o que vai ser usado esse documento que você quer consultar?”.

O que este pesquisador pôde consultar na primeira parte da investigação foi uma série pequena de documentos, mais precisamente, os documentos e narrativas memorialísticas contidos nas duas “encadernações” referidas como “Históricos” HUIBB. Como apontado, não houve uma regularidade de dados, nem mesmo uma organização que tenha sido o resultado de um trabalho sistemático por parte da instituição. Mas, a partir dos indícios contidos nesse material, este pesquisador pôde fazer algum levantamento em outras fontes, como os jornais, a seleção dos entrevistados e a organização dos roteiros para as entrevistas.

A segunda parte da investigação ocorreu após o final do período de isolamento social da pandemia de coronavírus, estratégia incentivada pelos órgãos mundiais de saúde pública, a Organização Mundial de Saúde (OMS), contexto em que as instituições reabriram suas bibliotecas e arquivos para a pesquisa ostensiva, e os pesquisadores puderam retornar à pesquisa científica em campo. Retornando ao HUIBB, localizou-se nova remessa de fontes hemerográficas, fotográficas, plantas arquitetônicas, que nos foram coligidas em uma única pasta-arquivo e fornecida previamente pela funcionária do setor de Administração do hospital para este pesquisador.

²¹ Sobre a Escola dos *Annales*, movimento intelectual no campo do conhecimento histórico que teve lugar na França nos anos de 1920 e que revolucionou a construção do conhecimento histórico ao propor uma revolução nos fundamentos teóricos e dos métodos de escrita da história e da ciência histórica. Sobre isso ver: Reis (2000); Burke (2010); Barros (2010).

Como se tratou de temática que esteve ligada diretamente ao campo social, as notícias nos periódicos, principalmente os jornais de Belém, representaram uma possibilidade de auferir mais informações. Tratou-se de verificar de maneira analítica, o tratamento informativo destinado pelo periódico aos temas da saúde, essencialmente aqueles que apresentaram relação com o HUIBB. De acordo com José Honório Rodrigues (1968), foi preciso encarar o jornal com certa ponderação, porque “nem sempre a independência e exatidão dominam o conteúdo editorial [pois se nota] uma mistura do imparcial e do tendencioso, do certo e do falso”.

Os registros oriundos das fontes hemerográficas foram tomados como base para investigação em outros meios, como pistas, indícios que apontaram para possibilidades de desenvolvimento da pesquisa histórica. Sua validade resumiu-se naquilo que Ginzburg (1989) chamou de método do paradigma indiciário: o pesquisador é como um caçador que “lê” as pistas deixadas pelo caminho e, assim, constrói uma narrativa. Essa narrativa nada mais foi do que a “organização” do que esteve disperso, isto é, um material contingente para o qual foi atribuído um sentido e destinada certa coerência.

O paradigma indiciário foi o método investigativo no qual o que foi dado como secundário apresentou potencial para uma estrutura argumentativa sobre o contexto social explorado. Este método primou por agir descobrindo nas fontes e nos documentos, elementos que ajudaram a entender a sociedade que o produziu; e o historiador age revelando, pela análise, as possibilidades explicativas para o sistema social da época estudada. Isso convergiu com que já havia proposto Bloch (2001): o que esteve colocado com clareza no documento certas vezes foi o menos importante do que o que não esteve colocado ali de forma intencional. Nos termos do historiador francês:

Interrogue-mo-las, ao contrário, sobre as maneiras de viver e pensar particulares as épocas que foram escritas, todas as coisas que o hagiógrafo não tinha o menor desejo de expor. Vamos achá-las de um valor inestimável. Em nossa inevitável subordinação ao passado, ficamos, portanto, pelo menos livres no sentido de que, condenados sempre a conhecê-lo exclusivamente por meio de seus vestígios, conseguimos, todavia, saber sobre ele muito mais do que ele julgara sensato nos dar a conhecer (Bloch, 2001, p.27).

A respeito da leitura das fontes realizadas a contrapelo das intenções originais do seu autor, ele assinalou que “quer se trate de documentos conscientes ou inconscientes, as condições de produção do documento devem ser minuciosamente estudadas”, haja vista que o documento é um monumento. Ele recomendou aos historiadores que a origem do mecanismo de produção dos documentos envolveu as estruturas de poder de uma sociedade e compreenderam o poder das categorias sociais e dos grupos dominantes ao deixarem,

voluntariamente ou não, narrativas passíveis de orientar a história neste ou naquele sentido, além do poder sobre a memória futura. O historiador francês também alertou que o poder de perpetuação deve ser reconhecido e desmontado pelos historiadores (Le Goff, 2003).

Tomando como ponto de partida essa asserção metodológica de Le Goff (2003), os documentos coligidos e catalogados de forma institucional pelos agentes gestores do Hospital Universitário João de Barros Barreto possibilitou que se procedesse a uma leitura acerca da instituição como um espaço de poder institucionalizado de acordo com os interesses dos grupos sociais partícipes. Isso se nota desde os primeiros dados informativos sobre o planejamento e execução das obras de fundação do hospital, culminando nas possibilidades de leitura das ações cotidianas acerca das relações de trabalho no funcionamento do hospital. Teve-se por esses sujeitos pertencentes à rotina laboral do HUIBB, materializados nos trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB, a composição da classe de trabalhadores da área hospitalar.

Dentro dessa categoria de trabalhadores hospitalares foi nossa escolha metodológica delimitar os dois trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB, como os sujeitos produtores de narrativas históricas que permitiram investigar e reconstruir a história institucional do HUIBB e a história do trabalho hospitalar no HUIBB entre 1976 e 1990, realizada nos três capítulos desta dissertação de mestrado.

Demonstrou-se ao longo dos três capítulos que os dois trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB, nos seus cotidianos de atividades laborais no hospital produziram conscientemente ou inconscientemente testemunhos históricos, os quais no ato das condições de produção desses documentos históricos, refletiram os interesses desses sujeitos trabalhadores e trabalhadoras, organizados no interior desta instituição de saúde, na periodização delimitada, que parte de 1976 e estende-se até o ano de 1990.

Os discursos cerimoniais dos trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB, mereceram destaque como os exemplos de fontes históricas que compunham o acervo da pesquisa desta dissertação e necessitaram passar pela análise metodológica, enunciada anteriormente por Bloch (2001) e Le Goff (2003), no concernente à consideração das condições de produção dos documentos históricos no interior dos espaços de poder, de acordo com os interesses dos grupos sociais que compunham estas estruturas de poder das instituições.

O desejo de poder sobre a memória futura (Le Goff, 2003, p.110) se mostra nas fontes históricas, tal como um pronunciamento do Dr. Almir Gabriel, quando foi diretor do Hospital – deixou a função em 1965. Entre 1967 ou 1968, em um Congresso de Cardiologia, ele demonstrou a preocupação em contar aos ouvintes, a história da fundação do hospital evocando desde o lançamento da pedra fundamental em 1938, passando pela abertura da instituição em 1957 ao atendimento dos adoecidos pela tuberculose no Estado. Sua preocupação expunha certa “minimalização” das questões preocupantes que se apresentaram quando ele esteve à frente da instituição. Referindo-se a si mesmo como “um cara da casa” na narrativa textual, e em seu lugar, ele procurou pôr em destaque os elevados números de pacientes cobertos pelo atendimento médico, além do crescimento progressivo da quantidade de leitos aos pacientes. Todas estas iniciativas possivelmente ocorreram durante a gestão administrativa dele entre fevereiro de 1962 a julho de 1965, o que pôde ser o indicativo do desejo de inscrever sua biografia profissional na memória institucional do HBB.

Além da metodologia, trouxemos aqui um exemplo de pertinência da perspectiva teórica para o trabalho com a história do tempo presente, cujos sinais levou-se aos casos noticiados pelo jornal *O Liberal*²², àquilo que também foi historicizado, haja vista que os jornais cumprem uma função social parcial. De acordo com o historiador francês da Escola dos *Annales*, François Dosse (2012), a noção que nós possuímos sobre a “história do tempo presente” remeteu-se a uma noção ao mesmo tempo banalizada, controversa e ainda instável, uma vez que implica em uma reflexão sobre o “Tempo”, categoria que foi durante longa data, o impensado da disciplina histórica.

O primeiro recurso teórico a ser explicitado nesta dissertação de mestrado relacionou-se à inserção da história HUBB na história do tempo presente. Teoricamente, a institucionalização da história do tempo presente esteve associada a uma verdadeira mudança epistemológica marcada pela ascensão da dimensão memorial, a busca frenética pela identidade e a crise dos grandes paradigmas das Ciências Sociais nos anos de 1980. A prática dos historiadores com a história do tempo presente ainda permaneceu, de acordo com Dosse (2012), suspeita e ilegítima; ainda não considerada científica; confinada em domínio

²² Em janeiro de 1989, o jornal *O Liberal* noticiou a ameaça de demissão de cerca de 90 funcionários do Hospital Barros Barreto após a decretação das medidas provisórias do econômico, o Plano Verão, e a consequente manifestação do vereador e médico Mílvio Tavares (PL), sobre o impacto disso no funcionamento efetivo do hospital. Mostra a atuação do poder público, ou ao menos a ligação desta esfera de administração do Estado com as demandas de âmbito das relações de trabalho na instituição. Sobre isso ver: 90 funcionários do Barros Barreto serão demitidos. Jornal *O Liberal*, Belém, número 22.196, ano 43, quinta-feira, 26 de janeiro de 1989, Caderno Cidades, p. 8. Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional, setor de periódicos do Pará Biblioteca Nacional.

separado, e, além disso, encontrou-se muito marcada por uma relação incestuosa com o jornalismo.

A ideia de uma verdadeira singularidade da noção da história do tempo presente residiu na contemporaneidade do *não contemporâneo*, na espessura temporal do “espaço da experiência” e no presente do passado incorporado. De acordo com Dosse (2012), o tempo presente correspondeu também a esse meio-termo, isto é, o presente consistiu num ponto entre o passado e o presente, ou seja, no trabalho do passado no presente.

Para este historiador da terceira geração dos *Annales*, o tempo presente não seria então um simples período adicional destacado na história contemporânea, mas uma nova concepção historiográfica por excelência. Relembrando as proposições de Pierre Nora a respeito da história do tempo presente, Dosse (2012) elencou as argumentações da obra *Lugares da Memória*, obra onde Nora claramente vinculou teoricamente as reflexões sobre a memória social à problemática da história do tempo presente.

Nora (*apud* Dosse, 2012, p.7) introduziu uma inovação historiográfica que transgrediu a divisão tradicional entre os quatro períodos, que distinguiram a: Antiguidade, a Idade Média, os Tempos Modernos e a Idade Contemporânea. Nas notas preparatórias de *Lugares da Memória*, Nora destacou:

Apenas tudo remontando muito longe no tempo, podemos compreender que não vamos deixar o mais próximo. E que mesmo em se tratando de Idade Média, nós fazemos história contemporânea.

Assim, Nora definiu os lugares da memória, como um meio-termo entre a memória coletiva e a história, e suas reflexões sobre a memória fundamentam Freitas, Rueda e Valls (2011) a explicitar que as instituições possuíram a possibilidade de disseminar a Memória através da criação dos seus próprios lugares de memória.

As autoras citaram que Halbwachs (1991) foi o primeiro intelectual ao analisar o caráter e o papel social da memória ao criar o conceito de “estrutura social da memória”, que se caracterizaram como as memórias construídas pelos grupos sociais, sendo eles a determinarem o que é memorável e os lugares nos quais essa memória será preservada, possibilitando tornar-se viável o conceito de Memória Institucional. Esta vinha sendo tratada no Brasil de forma mais contundente nos Centros de Memória, essencialmente a partir dos órgãos públicos, e em algumas instituições privadas e com maior prevalência em instituições acadêmicas. O conceito de Memória Institucional, de acordo com Freitas, Rueda e Valls (2011) ainda não se encontra devidamente fundamentado, carecendo de mais estudos e discussões a esse respeito no campo científico. Por outro lado, as mesmas pontuam ser

necessário realizar a distinção entre a memória organizacional e a memória institucional, e essa distinção resumiu-se à demonstração de que as Instituições entendem a Memória Institucional como peça estratégica na sua administração e comunicação com a sociedade.

A Memória Institucional foi a matéria-prima para a criação do conceito de História Institucional, em que pese, este último foi o conceito teoricamente aplicado à história do HJBB, possuindo íntima relação com o conceito de Memória Institucional. E, para enfrentar cientificamente o conceito de História Institucional, careceu voltar-se para o conceito de “Memória” enunciado por Le Goff (1990), Halbwachs (1991) e Nora (1978) e “Instituição”, conforme enunciado por Chiavenato (2010) e Maximiano (2004), cuja relação possibilitou entender que o termo memória institucional começou a ser tratado de forma sistemática a partir da década de 1970.

Como reflexos dos estudos sociológicos, antropológicos e históricos voltados à questão da memória, esses estudos tiveram o ápice do seu desenvolvimento a partir de Nora (1978), que expandiu as significações do conceito de “estrutura social da memória”, de Halbwachs (1991), enfatizando a importância dos lugares onde as memórias são construídas e preservadas. Ao realizar essa operacionalização do conceito de Halbwachs (1991), Nora acabou criando o conceito de “lugares da memória”, que são os espaços ou:

Lugares topográficos, como os arquivos, as bibliotecas e os museus; lugares monumentais como os cemitérios ou as arquiteturas; lugares simbólicos como as comemorações, as peregrinações, os aniversários ou os emblemas; lugares funcionais como os manuais, as autobiografias ou as associações: estes memoriais têm a sua história. Mas não podemos esquecer os verdadeiros lugares da história, aqueles onde se deve procurar, não a sua elaboração, não a produção, mas os criadores e os denominadores da memória coletiva: Estados, meios sociais e políticos, comunidades de experiências históricas ou de gerações, levadas a constituir os seus arquivos em função dos usos diferentes que fazem a memória (Nora, 1978 *apud* Le Goff, 1994, p.467)

A partir das suas reflexões, tornou-se necessário conceber o HJBB enquanto uma instituição que se caracterizou por ser um *lugar de memória*, uma vez que, as análises dos registros vindos das fontes hemerográficas e fontes orais informaram que o processo de criação e institucionalização do hospital envolveu a construção e preservação das memórias tanto de grupos sociais associados à estrutura organizacional do hospital, como os dois trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa da instituição HJBB; e envolveu também a construção de memórias dos grupos sociais associados ao serviço de assistência ofertado pela instituição, ou seja, os pacientes institucionalizados, que uma vez acometidos pelas enfermidades buscaram os serviços de assistência às doenças ofertados pela instituição.

No concernente à tipificação dos “lugares de memória” de Nora (1978), o HJBB pôde ser concebido como um “lugar monumental”, onde se construíram as memórias dos dois trabalhadores(as) dirigentes; os do trabalhador da divisão médica e da trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa, todos os seus relatos preservados na forma de patrimônio imaterial registrados nas memórias institucionais, folhetos, trabalhos acadêmicos, fotografias, entrevistas gravadas, material audiovisual, súmulas históricas, prontuários dos pacientes, etc. Em suma, foram materiais que foram consultados nos setores de biblioteca e arquivo da instituição; e onde preservaram-se as memórias institucionais, estivessem elas na forma de patrimônio material ou arquitetônico, ou memórias a serem impressas nas estruturas prediais do Hospital.

O segundo recurso metodológico utilizado nesta dissertação foi a análise dos registros orais através da história oral. A partir das informações coletadas das entrevistas realizadas com os dois trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HJBB, concluiu-se que elas puderam possibilitar uma ampliação das interpretações bibliográficas e dos registros coletados nas fontes hemerográficas. O objetivo de utilização do recurso à história oral foi o de realizar entrevistas gravadas com os dois trabalhadores(as) dirigentes; o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa da instituição HJBB, isto é, homens e mulheres que construíram através de suas atuações profissionais, ou, testemunharam a conjuntura do passado no qual esteve localizada a história institucional do Hospital.

Como metodologia interdisciplinar, Alberti elucidou (2005) que a história oral se valeu de ferramentas teóricas da Antropologia, da Sociologia, da Psicologia e da Literatura. Deveu-se a essa interdisciplinaridade, a estratégia de buscar contato com os sujeitos que trabalharam, ou tiveram algum outro tipo de contato com a instituição estudada. Trouxe-se novamente à baila, as asserções de Dosse (2012) a respeito das fontes orais e sua relação com a história do tempo presente, que diz respeito à importância das testemunhas da construção da história, ainda mais se definirmos os limites dessa história como tendo que coincidir com a presença de seus atores, isto é, com a duração da vida humana.

Tratou-se de encarar a produção de fontes e a operação historiográfica com a existência das testemunhas vivas dos fatos relatados, o que Dosse (2012) elencou como tendo, a transmissão destes testemunhos como possuindo um valor matricial, isto é, a sequência histórica demarcada para o trabalho do historiador esteve marcada por duas balizas móveis: a primeira são os limites da duração da existência humana; e a segunda foi a difícil delimitação da fronteira entre o momento presente – a atualidade – e o instante passado.

Por meio das entrevistas com os trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB foi possível “registrar” a experiência do sujeito individual em um contexto coletivo, de vivência social como história do tempo presente. Pôde-se obter elementos que apontaram o sentido da perspectiva do agente entrevistado, o que foi o material profícuo para a análise e a problematização, haja vista que o relato do entrevistado não era “a História”. Por isso, o propósito de coleta de relatos da oralidade de pessoas que participaram do processo estudado foi uma importante matéria-prima para a reflexão sobre as ações sociais acerca das relações de trabalho no campo médico da região, efetivadas no HUIBB, a instituição hospitalar de assistência, ensino, pesquisa e extensão universitária.

A produção da narrativa que a história oral se valeu-se efetivou do uso da memória individual do entrevistado. Não se tratou de relato como uma representação exata do que foi “vivido”. O que subsidiou o acionamento da história oral como campo de abordagem metodológica esteve apresentado em alguns pontos: a) o primeiro diz respeito ao fato de que o recorte temporal para a pesquisa situou-se entre um tempo histórico em que os trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB permanecem vivos, e alguns ainda exercem suas atividades, ou seja, estão “próximos do tempo vivido”, o que foi colocado pela oralidade como memória.

Se os testemunhos orais foram frutos de memórias, coube então destacar a memória como gestão do passado, assim como também foi a história. Foi uma forma de o sujeito orientar-se no mundo social que o compunha. Todavia, essa gestão também acionou mecanismos de controle – em potencial e efetivamente – desse mesmo mundo. Lidar com a construção de memória sobre um momento histórico demandou que se pensasse, de acordo com Reis (2006), na existência do constante jogo que teve no tempo o seu elemento central: interpretar foi sempre ter em consideração o passado, o presente e o futuro; interpretar o vivido – e o relatado, também – foi sempre a tomada de uma mirada, de um ponto de vista.

Embora se soubesse que existiu esse distanciamento entre história e memória, a História passou a ser encarada como um campo científico e, assim, se distanciou da memória²³. Hobsbawm (1998) assinalou, em sua crítica ao método, que a memória foi igualmente um processo seletivo, um “meio notadamente escorregadio de preservar fatos”. Todavia, para esta dissertação, ainda assim a imbricação entre esses registros informativos em que consiste a memória e a história foi um recurso metodológico selecionado devido à

²³ Talvez seja um ponto ainda permeado por discussões no campo da reflexão metodológica.

natureza do recorte temporal desta dissertação de mestrado, e acreditamos que foi um percurso eficaz, considerando que a história institucional pôde auferir positiva e interessante forma de utilizar os registros informativos de memória como fonte histórica.

A estrutura desta dissertação de mestrado foi originalmente desdobrada e descrita na forma de três capítulos. O capítulo 2, “HUIBB: uma história institucional”, teve como finalidade realizar, na primeira parte do capítulo, as discussões de aspecto teórico e metodológico sobre os conceitos de história institucional, história do trabalho e campo médico. A segunda parte do capítulo traçou aspectos de cunho históricos acerca da instituição hospital. No terceiro subtópico, tratou dos conceitos de hospital de ensino e hospital universitário relacionados às respectivas justificativas de suas criações e funções sociais, abordadas na especificidade histórica do HUIBB, feita no capítulo dois.

O capítulo 3, “HUIBB: uma história de origem”, teve por objetivo apresentar historicamente a criação e a institucionalização do HUIBB através do diálogo entre as fontes hemerográficas e orais com a literatura bibliográfica realizada a partir de monografias e artigos que discutiram as instituições e ofícios voltados ao combate às doenças na Amazônia do início do século XX, passando pela conjuntura histórica dos grandes projetos de investimento em saúde da região amazônica, que caracterizou o SPVEA durante o juscelinismo dos anos de 1950, e posteriormente, os investimentos da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (Sudam) durante a ditadura civil-militar instaurada após o Golpe de 1964.

As discussões do capítulo dois explicitaram o impacto dos investimentos de âmbito federal no campo da saúde materializando-se nos projetos governamentais de fundação dos sanatórios, isto é, hospitais especializados no tratamento da tuberculose na Amazônia, cujo atendimento à doença vinha sendo realizado desde o começo do século XX pelo Hospital Domingos Freire, Hospital São Sebastião e São Roque.

Através das narrativas contidas nas fontes²⁴, as quais foram: fotografias do Sanatório, os dois “Históricos”²⁵ do HUIBB (1990), (1991), registros de memória na forma de Depoimentos e Discursos cerimoniais dos Ex-Diretores do HUIBB, foi identificado que esses hospitais possuíam instalações que não possibilitavam o completo tratamento exigido pela epidemiologia da tuberculose, uma vez que a terapêutica da doença nessas instituições era realizada na forma em que se imbricavam os modelos dos Dispensários e ainda um incipiente

²⁴ Fotografias, plantas arquitetônicas cedidas por funcionários da administração do HUIBB foram utilizadas também como fontes na construção do capítulo 3.

²⁵ Os dois “Históricos” foram coletados no Arquivo da Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, setor pertencente ao HUIBB.

modelo sanatorial. Por outro lado, o projeto do Sanatório Barros Barreto propunha a mudança da abordagem e tratamento da tuberculose, sendo realizada através da internação do paciente e tratamento contínuo realizado com a introdução de cirurgias torácicas, drogas antimicrobianas e pneumotórax. Fundado em 1957, o Sanatório Barros Barreto foi construído através dos recursos destinados do SPVEA, durante o juscelinismo e teve por seu primeiro diretor, o Dr. Antônio de Oliveira Lobão. Na década de 1960, o sanatório demandou a necessidade de expansão de sua estrutura arquitetônica, de sua cobertura em saúde, englobando doenças para além da tuberculose, passando a atender a atividades de ensino em saúde, abrigando programas de residência em Medicina (Pneumologia) e Ciências da Saúde, e igualmente, de pesquisa científica dos agentes etiológicos de elevada incidência na região amazônica.

Esse processo de institucionalização do HUIBB foi discutido no capítulo 3, especificamente, materializado nas políticas de saúde de âmbito estadual e federal, e na forma das relações de trabalho entre os trabalhadores(as) dirigentes, o trabalhador da divisão médica e a trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB, entre os anos de 1957 até 1960, quando o hospital caminhou para sua transformação no HBB.

O capítulo 4, intitulado “HUIBB: contratualização pelo SUS como Hospital Universitário”, teve por objetivo analisar a continuação dos desdobramentos da institucionalização do HUIBB, cuja discussão foi inicialmente realizada no capítulo 2. Neste capítulo, foi realizado o diálogo entre: os Termos e Portarias do Ministério da Saúde; Relatórios da Situação Proposta: a Integração Ensino-Serviço-Pesquisa; o Quadro Demonstrativo de Recursos Humanos, Lotação de Pessoal, HBB (1976); o Histórico do HUIBB (1990); Quatro testemunhos orais dos dois trabalhadores(as) dirigentes; o de um trabalhador da divisão médica e de uma trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB; e as fontes hemerográficas, isto é, os relatos de jornais paraenses, O Liberal, O Estado do Pará, Diário do Pará, A Província do Pará, O Tambor²⁶ e Beira do Rio.

Procuo tratar de como a transformação do Sanatório Barros Barreto em HBB foi o ápice da mudança na abordagem epidemiológica da tuberculose, resultando na obsolescência do modelo sanatorial para o tratamento da doença entre os anos de 1960 e 1970, isto é, durante a ditadura civil-militar. Ainda na vigência da conjuntura política da ditadura, nos anos de 1980, as modificações nas políticas nacionais de saúde desdobrou-se no HBB ao ponto de

²⁶ Periódico interno do HUIBB.

atingir a organização das relações de trabalho entre os anos de 1983 até a Cessão do HJBB ao Governo Federal em 1990.

Definidas as balizas teóricas e metodológicas, as fontes históricas e explicitada a justificativa da periodização que propõe abarcar o trabalho, o que se segue é uma leitura histórica de sobre uma das mais importantes instituições de saúde do estado do Pará e da região amazônica.

2 HJBB: UMA HISTÓRIA INSTITUCIONAL

2.1 História institucional e do trabalho em saúde

O conceito de hospital universitário remeteu-se às definições dessas instituições como lugares de ensino e pesquisa, e, simultaneamente de atuação na assistência à sociedade do entorno. De acordo com Araújo e Leta (2014), foi necessária a interligação entre essas instituições como pertencentes a um campo específico, isto é, como “campo médico”, cujo sentido consistiu em apontar nestas análises sua característica institucional. Apresentaram-se alguns pontos pertinentes ao desenvolvimento da noção de hospitais universitários, os quais consistem nas instituições cuja organização atendem a uma tripla função – de maneira que se somam ensino, pesquisa e extensão – isto é, são instituições acadêmicas e de atendimento às necessidades de saúde de parcelas da sociedade circundante.

O HJBB foi definido enquanto o objeto investigado nos documentos escritos, iconográficos, fotográficos e orais, analisados a partir do conceito de experiência elaborado por Thompson (1984). Esse conceito partiu do princípio de que as relações humanas foram produtos históricos, pouco havendo de estrutural que determinasse as formas de atuação dos indivíduos, de maneira que a consciência dos homens foi definida no seu viver cotidiano. As experiências dos trabalhadores dirigentes e trabalhadores operacionais estiveram presentes no conceito que demarcou o que foi vivido, as ações, além do significado atribuído ao trabalho hospitalar pelos trabalhadores setORIZADOS na qualidade de dois dirigentes, um médico e uma bibliotecária.

No século XX, a historiografia brasileira sistematizou a história do trabalho, abordando suas interfaces com a questão da saúde, de modo a analisar as condições de saúde a que estiveram submetidos os trabalhadores nas fábricas, nas construções de ferrovias e nos seringais. Reunimos quatro interpretações historiográficas cujos pontos de intercessão foram as relações estabelecidas entre a história do trabalho e a saúde dos trabalhadores.

Foot Hardman e Leonardi (1991) mapearam todo o processo de industrialização no Brasil, associando-o à história da formação da classe trabalhadora no Brasil no século XX, ressaltando as condições materiais de vida material e condições de saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, os quais encontravam-se expressos nos ambientes insalubres e hostis à dignidade humana a que foram submetidos os operários e operárias, fossem eles adultos ou crianças. Além da concentração dos trabalhadores fabris, nacionais e imigrantes, nos centros urbanos que, a exemplo de São Paulo, expandiam-se, Foot Hardman (1991) citou o exemplo

dos operários das fábricas de vidro, cujas condições de trabalho impactavam diretamente sobre sua saúde. Afinal, uma das técnicas para as produções dos vidros consistiam no uso da técnica de sopro humano na modelação do vidro, altamente relacionada com o alto índice de tuberculose entre os operários vidreiros²⁷.

Diante do isolamento na selva, a insalubridade permanente tornava as chances de sobrevivência dos trabalhadores ferroviários até o final do contrato excessivamente escassas, devido ao morticínio em massa das turmas de trabalho causados pelas epidemias tropicais (sobretudo epidemias de malária e demais doenças tropicais pouco conhecidas), acidentes locais de trabalho, deserções em massa, que tornaram “este círculo infernal entremeado por algumas greves e revoltas de trabalhadores, cujo confinamento pareceu comprometer, de antemão, seu possível êxito”.

A historiadora Weinstein (1993), em suas análises sobre a economia da borracha na Amazônia, debruçou-se sobre as condições de saúde as quais estiveram submetidos os seringueiros, “caboclos” e nordestinos, que podiam ser extremamente opressivas. Eles trabalhavam sozinhos e frequentemente viviam sozinhos, afligidos pelo calor intenso, pelos ataques de animais selvagens, por inúmeras doenças, opressão psicológica frente a violência dos seringalistas, endividamento e remuneração baixa ou, por vezes, inexistente. Somado a esses fatores, ainda segundo ela, a vida material dos seringueiros carecia de conforto, pois, a fome era ameaça constante, com muitos sobrevivendo com uma dieta inadequada, composta por farinha de mandioca mofada e carne enlatada, havendo alguns períodos de exceção, com melhoras nas dietas e qualidade de vida, provocadas pelos ganhos avultados somente no pico da expansão da economia gomífera.

Dean (1989) propôs a interlocução entre a história do trabalho e a história da saúde, em suas análises a respeito do processo de luta pela exploração da borracha no Brasil. Dean apontou alguns relatos sobre os seringais de Henry Ford, cujos fracassos aconteceram não apenas devido aos fungos, mas dos problemas com os trabalhadores recrutados para os seringais, cujos problemas aumentavam ainda mais com o surto de doenças, que impunham aos recrutadores evitar as localidades onde a malária era endêmica, temendo pela segurança de Fordlândia, além da própria segurança.

²⁷ Em obra dedicada às análises sobre as duas fases da construção da ferrovia Madeira-Mamoré na transição do século XIX para o século XX, Foot Hardman (1988) assinalou que apesar dos contratos formais de assalariamento dos trabalhadores ferroviários imigrantes: norte-americanos, irlandeses, italianos, chineses, africanos, barbadianos, indianos, bolivianos e os trabalhadores nacionais nordestinos, as condições reais de trabalho aproximavam-se das formas servis clássicas.

Dean assinalou que a questão da má saúde dos trabalhadores constituía uma razão importante para a rejeição dos empregados que chegavam à plantação, refletindo-se no cotidiano de trabalho nos seringais dos norte-americanos. Afinal, aquilo que eles diagnosticavam como preguiça dos trabalhadores era, sem sombra de dúvida, um sintoma de malária e de parasitas. Levando em consideração as questões de saúde na história do trabalho, Dean observou a gênese dos movimentos pela erradicação e profilaxia das doenças nos campos de trabalho – os seringais – e os primeiros impulsos para as criações dos hospitais no Brasil, que diante da crescente importância dessa instituição, tornou possível o processo de institucionalização do hospital como lugar de cura e profilaxia das doenças no mundo ocidental, incluindo o Brasil.

Por meio das análises historiográficas reunidas acima, nós pudemos compreender as interfaces que compuseram as relações entre o trabalho e a saúde na história brasileira, e através dessa compreensão, impôs-se a necessidade de contextualizar-se historicamente os sujeitos, processos e eventos que se desenvolveram na história da instauração do HUIBB, inserindo-os dentro dos parâmetros teóricos-metodológicos da relação entre o trabalho e a saúde, articulando-os ao contexto do campo médico da região amazônica entre 1976 até 1990.

Os elementos fundamentais que constituíram as problematizações desta dissertação de mestrado relacionaram-se à importância da história institucional do HUIBB para a região da Amazônia paraense, no concernente às formas de atuação na prestação de serviços médicos hospitalares, e na oferta do ensino em ciências médicas e ciências da saúde, pesquisa científica e extensão à sociedade do entorno.

O HUIBB, no contexto em que se institucionalizou enquanto um hospital de assistência à tuberculose, entre 1960 e 1970, vinha demonstrando desempenho importante nas atividades de ensino das ciências médicas e demais ciências da saúde, e igualmente, na pesquisa científica na Amazônia paraense até a sua contratualização e transformação em um hospital universitário, em 1990, passando a expandir sua cobertura assistencial e oferta de serviços. O HUIBB contribuiu por consistir em um ponto de observação privilegiado para os estudos em história institucional acerca do campo do ensino e da pesquisa na história das ciências médicas e da pesquisa em saúde pública na região norte do Brasil²⁸.

O inventário historiográfico do tema foi realizado tendo como ponto de partida, as referências dos autores que abordaram aspectos históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto, em suas análises, sob diversas perspectivas científicas. E foram elas: o

²⁸ A título de referência consultar os trabalhos dos autores: Miranda (2015); Henrique (2012); Beltrão (2004); Costa (2006); Ricci; Valentim (2009); Rodrigues (2008).

patrimônio arquitetônico da saúde no Estado do Pará, a institucionalização da medicina na Amazônia, a historiografia das instituições de combate às doenças no Estado do Pará. Todas essas análises, descritas a seguir, envolveram elementos da história em suas interfaces com a saúde na abordagem dos aspectos históricos do HJBB.

Leal (2018) realizou monografia sobre o patrimônio arquitetônico assistencial no Pará, utilizando documentos históricos encontrados na edificação principal do HJBB. Leal caracterizou o hospital enquanto patrimônio da saúde no Pará, visto que a instituição fora construída para ser o único sanatório de tratamento à tuberculose da Região Norte no contexto global do pós-guerra, configurando-se como um exemplar de hospital moderno na sua inauguração durante o final da década de 1950, devido, primeiramente, ao estilo de construção empregado, pois, envolveu o uso de projetos arquitetônicos, materiais de construção que assemelhavam-se aos de outros sanatórios brasileiros. Leal assinalou que a autoria do projeto arquitetônico do HJBB permaneceu desconhecida, tornando-se evidente à observação investigativa apenas os elementos arquitetônicos internos à instituição e aqueles presentes nos locais do seu entorno.

Ainda nos domínios dos estudos do patrimônio arquitetônico, Miranda *et al.* (2013) assinalou a importância da memória da assistência à saúde no Estado do Pará, dedicando análises sobre os asilos e santas Casas no início do século XX, que consistiam em instituições nas quais os pacientes eram deslocados do convívio com a comunidade. Essas instituições de recolhimento tornaram-se obsoletas, sendo substituídas pelos dispensários no início do século XX, e por mais uma substituição ocorrida com a introdução do modelo pavilhonar, cujo exemplo esteve na edificação do Hospital Juliano Moreira, voltado à assistência às doenças psíquicas, e, o modelo dos sanatórios, cujo exemplo pode-se citar o Sanatório Domingos Freire, e a instituição que lhe substituiu: o HJBB, hospital de modernas instalações construídas de acordo com o modelo monobloco de modo a possibilitar a assistência às enfermidades de origem infectocontagiosas.

A respeito do HJBB, Miranda *et al.* (2013) assinalou que ele nasceu dos resquícios do Hospital de Isolamento Domingos Freire, que abrigava os enfermos acometidos pelas doenças epidêmicas no século XIX, especialmente, a febre amarela. O Hospital Domingos Freire situava-se distante do centro urbano de Belém, o que consistia em um ponto favorável em tratando-se das doenças infectocontagiosas, cujo acesso até o hospital era difícil, tornando possível de ser realizado apenas a pé ou a cavalo.

Em relação ao Sanatório Barros Barreto, a busca pela implantação do hospital de isolamento distante do centro urbano atendeu – sua localização no bairro do Guamá, na época

consistia em área de arrabaldes – às políticas de segregação dos doentes de tuberculose em lugares arborizados pela vegetação abundante e de grande ventilação, condições concebidas pela epidemiologia da tuberculose como necessárias ao completo restabelecimento dos enfermos, e igualmente como forma de evitar a disseminação do “mal do século” entre os habitantes do núcleo urbano.

De acordo com Miranda *et al.* (2013), a memória social que se edificou a respeito do HUIBB encontrou-se permeada pelo estigma, uma vez que o “Barros Barreto” carregou consigo, até os dias de hoje, o estigma de ser contagioso e perigoso devido à relação histórica do hospital com a tuberculose e com as outras enfermidades infectocontagiosas estigmatizadas no senso comum, a exemplo do HIV/AIDS, a cólera, a meningite, a difteria, dentre outras.

Miranda, Abreu Junior (2014) analisaram a trajetória institucional do Hospital Domingos Freire, um hospital de isolamento localizado na cidade de Belém, construído inicialmente para a assistência aos pacientes acometidos pela epidemia de febre amarela. Todavia, sua assistência voltou-se para o atendimento aos enfermos pela tuberculose, cujo crescimento da doença tornavam os casos exponenciais entre 1850 e 1950.

Os autores assinalaram que a desativação do Hospital Domingos Freire ocorreu em virtude das instalações precárias, a sobrecarga na capacidade de pacientes atendidos, a escassez de recursos básicos, como alimentação e medicamentos. Como consequência à desativação do Hospital Domingos Freire, fora posto em início as obras de construção de novo hospital, o Sanatório Barros Barreto, de instalações modernas construído sob os padrões epidemiológicos em voga, característicos dos sanatórios brasileiros. O funcionamento do Sanatório Barros Barreto esteve voltado ao combate à tuberculose e às demais enfermidades de origem microbiana, todas elas então identificadas pela medicina bacteriológica na Europa desde o final do século XIX.

Miranda, Abreu Junior (2019) argumentaram que o lançamento do projeto arquitetônico do Sanatório Barros Barreto datou dos anos de 1938, diante da necessidade de hospitais modernizados e padronizados segundo referências internacionais de combate à tuberculose, doença que no contexto sanitário da década de 1930 requeria contenção eficaz no seu avanço nas cidades em processo de industrialização e crescimento demográfico diante do êxodo rural.

Inicialmente, foram realizados acordos políticos estabelecidos, à época, entre o prefeito de Belém, o Dr. Abelardo Conduru, e o Dr. João de Barros Barreto Filho, diretor do Departamento Nacional de Saúde quando este esteve na cidade de Belém a caminho de um

congresso internacional. A diretoria de Saúde do Estado, chefiada pelo Dr. Hygino Silva, ratificava as promessas do governo federal na recepção dos recursos destinados à construção do Sanatório, o que se tornou verdadeira “via sacra”, visto que os projetos arquitetônicos deram lugar às construções permeadas por intermitências e paralisações.

A inauguração oficial do Sanatório Barros Barreto, de acordo com Miranda, Abreu Junior (2019), somente ocorreu a janeiro de 1957, atendendo a interesses políticos do presidente Juscelino Kubitschek, cujo programa de desenvolvimento conhecido como Plano de Metas, destinou recursos orçamentários para a implementação das políticas de saúde, canalizados na construção do Sanatório Barros Barreto, através da intervenção federal da SPVEA.

Após a descrição das análises historiográficas sobre o HUIBB, apresentou-se analiticamente a descrição dos subsídios teóricos-metodológicos desenvolvidos nesta dissertação de mestrado, cuja natureza pautou-se nas perspectivas da história institucional associada a história do trabalho hospitalar.

A partir disso, foi realizado o desenvolvimento da conexão, ou, o sentido desta pesquisa histórica associando-a às preocupações do tempo presente. Essa foi uma das premissas fundamentais desta dissertação de mestrado, em intersecções que já há algum tempo impuseram-se nas pesquisas em história institucional, uma vez que o referencial teórico utilizado para operacionalizar o objeto de estudo, isto é, o HUIBB fundamentou-se na abordagem institucional, em especial nos conceitos de instituição, institucionalização e história institucional.

Primeiramente, Ogburn e Nimkoff (*apud* Lakatos, 1981, p.153) definiu conceitualmente a instituição social como:

as instituições sociais são um dos diversos tipos de organização social. Como todas as organizações, as instituições constituem sistemas sociais, que têm como características: finalidade; conteúdo relativamente permanente; estrutura (coesão entre os componentes); estrutura unificada (funciona como unidade, ainda que interligada às demais instituições); valores.

No campo das ciências sociais, a autora acima mencionada assinalou que se tende a definir instituição a partir de dois referenciais de análise: como norma ou padrão de conduta, e como semelhante à estrutura. Como norma ou padrão de conduta, a instituição referiu-se à internalização de normas, regras de ação e de comportamento, de caráter duradouro e que foram desenvolvidas, aceitas socialmente e legitimadas com o tempo. Por sua vez, como estrutura, o conceito referiu-se à análise de instituições estruturadas a partir de bases relativamente estáveis, contínuas no funcionamento, tendo seus próprios valores e normas.

O conceito de instituição-estrutura foi operacionalizado ao objeto de estudo HUIBB, uma vez que a instituição nasceu de um planejamento governamental varguista a partir de bases relativamente estáveis, isto é, através de políticas nacionais de saúde (combate à tuberculose e de reforma sanitária) para a Amazônia. No decorrer da investigação empírica, observou-se que essas bases, isto é, o sistema organizacional do hospital permaneceu contínuas em seu funcionamento, levando ao hospital ao fenômeno da *institucionalização*, ocorrida através da definição dos seus próprios valores e normas, processo efetivado através da construção de seu próprio regimento interno.

Portanto, o HUIBB concebido como uma instituição composta por um sistema organizacional multifacetado que incorporou sistemas simbólicos, construções cognitivas e regras normativas, além de processos regulatórios que deram forma, moldaram e reproduziram os comportamentos sociais dos trabalhadores(as), ou seja, fenômenos sócio-históricos esses que puderam ser apreendidos nesta dissertação de mestrado através da história institucional.

A história institucional, por sua vez, e de acordo com Freitas, Rueda e Valls (2011) esteve relacionada à definição de Chiavenato (2010) sobre as análises dos processos históricos de toda organização que para manter-se necessitou de “uma espinha dorsal capaz de sustentar o todo organizacional”. História institucional é o processo de mudança e continuidade de um organismo com função específica, criado em decorrência de necessidades sociais básicas, identificável por seus códigos de conduta e estabelecido por meio de leis e estatutos.

Foram definidas anteriormente as balizas metodológicas e teóricas sobre as quais desenvolveu-se o processo de investigação sobre a instituição hospital, a história institucional, o campo médico e o ensino das ciências médicas e ciências da saúde. Ressaltamos aqui a importância das memórias dos agentes na construção da história do trabalho hospitalar.

Traçou-se este mote analítico como possibilidade para a explicação do processo histórico de mudanças nas políticas de saúde aplicadas no âmbito institucional. Recuperou-se os acordos políticos destinados ao setor de saúde, as inovações científicas no campo médico e seus desdobramentos nas políticas de saúde pública, nas organizações dos serviços de saúde, no ensino e na pesquisa científica em ciências médicas e ciências da saúde no Brasil.

Tratou-se aqui, do caso específico dos hospitais universitários, compreendidos enquanto o resultado do processo político da organização das políticas públicas de saúde. No campo teórico, foi realizado o recurso à história institucional de forma a contribuir com as análises de cunho teórico, haja vista que o conceito de história institucional objetivou situar no campo do conhecimento histórico, as asserções de Thompson (1987), ou seja, as pessoas

que vivenciaram as experiências enquanto agentes da história. Apresentaram-se alguns pontos acerca dessa base teórica certamente, a crise do paradigma da história, de acordo com Burke (1992) propiciou a emergência dessa perspectiva “incorporadora” característica história social inglesa: importa, sobremaneira, a ação humana e seu caráter efêmero, e não apenas, as questões de ordem da atuação-imposição da estrutura sobre o campo social.

Em relação à metodologia utilizada na interpretação das fontes, o diferencial deste estudo histórico consistiu na utilização das memórias do trabalho, consideradas como materiais fundamentais para a construção da história do trabalho, haja vista que se recorreu ao testemunho de agentes contemporâneos aos eventos que buscou-se analisar. As memórias dos trabalhadores dirigentes e operacionais foram importantes alvos para as análises, uma vez que, a partir delas pôde-se obter os dados empíricos que foram tratados como memórias institucionais²⁹ passíveis de reconstrução das histórias dos agentes envolvidos, e por sua vez, passíveis de reconstrução da história do HUIBB.

Coube inquirir desses dois trabalhadores(as) dirigentes, um trabalhador da divisão médica, e uma trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa do HUIBB, considerados aqui como fornecedores de dados empíricos a respeito das suas memórias das relações de trabalho, a maneira que essas pessoas atuaram como agentes sociais inseridos nas realidades passadas e que por isso, estabeleceram formas e atitudes de se relacionar com esse passado, o que pôde ser entendido como conceito de cultura histórica, de acordo com as definições de Rüsen (1994) e Sanchez (2018).

A história oral foi um recurso metodológico fundamental nas análises, haja vista que esta foi uma metodologia que carregou consigo padrões científicos capazes de constituir suas próprias “regras da arte”. Todavia, Thomson (2001) afirmou que os historiadores orais mais recentes afirmaram não existir uma única “maneira certa” de realizar entrevistas para a obtenção de dados empíricos, sendo necessário aos historiadores que se valeram da história oral, entender a influência das entrevistas durante a produção dessas fontes históricas, considerando-as enquanto uma relação em cujo ato de entrevistar inserem-se práticas culturais particulares, informadas por relações e sistemas de comunicações específicos.

Outrossim, o conceito de “experiência” elaborado pela história social inglesa foi de grande valia, de acordo com Castro (2000), devido às suas considerações das atuações dos sujeitos sociais, os trabalhadores(as) e os seus processos de interação social, de acordo com suas realidades específicas, numa arena de caráter coletivo, de maneira que “os grupos sociais

²⁹ Registros de trabalhadores cujas memórias do trabalho talvez nunca fossem associadas à instituição HUIBB.

e os processos determinantes e resultantes de suas relações situaram-se no cerne desses problemas, neste caso com uma ênfase ainda mais explícita no estudo dos comportamentos e da dinâmica social”.

Tratou-se de “ver” através da instituição hospital universitário, as formas de relações de trabalho consolidadas através dos registros da memória desses trabalhadores dirigentes e trabalhadores operacionais, que, entre 1976 e 1990, desenvolveram suas atividades profissionais nas rotinas laborativas no HUIBB.

Tornou-se necessário o enfrentamento da questão da classe, realizado nas análises desta dissertação de mestrado através das análises históricas de Thompson, apropriadas por Felon (2014), que vislumbrou que a questão da classe trabalhadora foi o cerne de grande parte da atividade intelectual de Thompson no campo da história. Para ele, “a classe é uma formação tanto cultural como econômica”.

Dos estudos de Thompson, emergiu a perspectiva histórica e cultural do fenômeno – classe – e consistiu na contribuição fundamental para os estudos sobre a classe operária: ao considerar a perspectiva da cultura dos operários, no sentido de modos de vida – e sua estrutura de sentido como experiências históricas –, colocou a possibilidade de ver a partir das condições de vida dos trabalhadores, suas identidades, cultura e consciências sobre o trabalho.

Thompson destacou enquanto perspectiva, a possibilidade de tratar a constituição da cultura dos trabalhadores como elemento inerente à forma como se constituiu o seu modo de vida, a construção do seu conjunto de valores e formulações e atuações éticas. O que ele entendeu por cultura foi isso, a “experiência” dos trabalhadores – em que adentram “todos” os elementos: formas de vestir, hábitos, tradições, valores etc. – como formadores da consciência de classe, o que em última instância significou a consolidação da identidade dos sujeitos. E mais importante para Thompson foi considerar o processo de industrialização que forjou isso, a classe operária tal qual ele tomou como objeto de seus estudos.

Nos domínios teóricos-conceituais, coube-nos associar o conceito de cultura histórica à nossa problemática. De acordo com Le Goff (1990), o conceito de cultura histórica consistiu na relação efetiva e afetiva que um grupo humano manteve com seu passado, processo que pôde ser traduzido enquanto mentalidade histórica de uma época, e de todos os fenômenos que constituíram o seu conjunto e envolveram múltiplos agentes em sua fabricação, solidificando-se nos meios de difusão e formas de representação social.

Considerou-se que o papel da cultura histórica possibilitou compreender as várias formas de expressão da experiência histórica em suas articulações com a vida em sociedade, ou, a vida em um grupo mais reduzido de agentes sociais. Em suma, estes foram processos

nos quais todos os agentes sociais foram atuantes, e como se tratou de importante conceito para nossa análise, careceu sintetizar o conceito de cultura histórica tal qual elaborado por Gontijo (2014, p. 45):

De modo geral, parte-se da constatação de que a visão que uma dada sociedade tem de seu passado não é resultado exclusivo, nem mesmo predominante, da produção dos historiadores acadêmicos. As imagens, ideias, nomes e valores que compõem a visão do passado resultam de uma série de fatores que atuam em um processo dinâmico de discussão sobre a experiência passada e a construção de sentido. A cultura histórica abarca, portanto, os múltiplos enfoques e narrativas, onde o que se está em jogo não é o conhecimento erudito sobre a história, mas a autocompreensão da comunidade num dado presente e suas possibilidades de projeção no futuro.

O conceito de cultura histórica demandou operações intelectuais situadas para além do universo acadêmico acerca dos processos históricos: de acordo com a cultura histórica, os agentes sociais, quaisquer que sejam eles envolvidos criaram e representaram os seus processos. A operacionalização do conceito de cultura histórica nas problemáticas desta dissertação de mestrado ocorreu por meio da identificação e análise dos atos administrativos referentes à organização administrativa do HUIBB, produzidos dentro da instituição, os quais puderam ser encarados enquanto produções escritas, imagéticas e orais, codificados em registros das atividades nas rotinas laborais do hospital.

Os registros produzidos no exterior da instituição HUIBB trataram igualmente desse objeto de estudo, e foram codificados nos jornais, imagens fotográficas, plantas arquitetônicas e atas de sessão administrativa da universidade na qual o HUIBB encontrou-se vinculado. Através destes registros, tornou-se possível fazer uma história da saúde a partir da atuação dos trabalhadores dirigentes e alguns operacionais, repensar o papel das instituições de saúde e o papel dos profissionais de saúde no contexto da ditadura civil-militar e na transição para a redemocratização.

Assim, utilizou-se a noção de campo médico fazendo referência à construção do conceito de campo enquanto recurso teórico construído pelo sociólogo Pierre Bourdieu. Montagner (2008) assinalou que embora tenha apontado em seus estudos diversas questões acerca do corpo e da saúde, ele não tratou especificamente sobre a medicina ou uma sociologia da medicina. Tratou-se das contribuições de Bourdieu (2004) como potencialmente pertinentes para a forma como se pretendeu tratar aqui das ciências médicas e ciências da saúde nesta dissertação.

O conceito de campo de Bourdieu (2004) significou a construção teórica que procurou apresentar um microcosmo social que foi portador de relativa autonomia ante o campo social mais extenso. Esses microcosmos teriam certa autonomia, dotados de leis e regras precisas

que foram acionadas especificamente naquele contexto. Na teoria sociológica de Bourdieu (2004), o espaço social foi formado por “estruturas sociais objetivas”, por uma variedade de campos sociais que se encontraram ligados, mas independentes dos interesses e do pertencimento consciente dos indivíduos.

De outra forma, também isso ocorre de maneira independente da sua vontade. No entanto, esses elementos é que orientam as práticas e as formas de representação. Pôde-se perceber que se tratou de lidar com uma perspectiva teórica – e prática – que buscou apontar a mútua influência entre um espaço social mais particular e um espaço social mais extenso.

Um dos pontos de destaque desse conceito foi que o campo bourdieusiano foi um espaço, tanto social como físico, de enfrentamento das rivalidades entre os agentes – que têm *posições relativas* – que o conformam. Bourdieu (2004) apontou que isso decorreu da necessidade que tais agentes buscavam de manter ou obter determinadas posições que estiveram dispostas neste campo. Tais posições foram o resultado de disputas anteriores, em que foram acionados determinados tipos de capital – cultural, social, simbólico. Estes foram possuídos pelos agentes que formaram os campos; essas diferenças são responsáveis pelas posições hierárquicas – que tais agentes ocupavam e que foram valorizados por cada campo. Nos termos de Bourdieu (1989, p.55):

Os agentes e grupos de agentes são assim definidos pelas suas posições relativas neste espaço. Cada um deles está acantonado numa posição ou numa classe precisa de posições vizinhas, quer dizer, numa região determinada do espaço, e não se pode ocupar realmente duas regiões opostas do espaço - mesmo que tal seja em princípio concebível.

Ao associar esse modelo teórico à problemática desta dissertação de mestrado, teve-se enquanto justificativa, tratar do hospital universitário como uma instituição que se pautou na sua existência e função como instituição essencial na constituição do campo médico. A instituição hospital foi resultante de discussões e contraposições, conflitos e consensos que foram resultantes dos agentes que tiveram interesses em criar e veicular discursos médicos-científicos. Dessa forma, os hospitais foram instituições que se estruturaram através de relações objetivas e subjetivas, isto é, formaram e foram acionadas pelos agentes.

As relações sociais que estruturaram a instituição hospital promoveram interessantes formas de interação social entre os agentes sociais, definindo-os como trabalhadores, setorizados no organograma enquanto: médicos, corpo diretivo, operacionais etc. Justificou-se nesse primeiro capítulo esse esforço em associar a teoria sociológica bourdiesiana à história institucional, de maneira a incorporar na escrita da história, as análises sobre a experiência social de implantação e institucionalização do hospital universitário, evidenciando a maneira

pela qual ele se integrou no campo médico, no campo de ensino acadêmico, produção do conhecimento científico em saúde e igualmente no campo da assistência médica na Amazônia paraense.

O conceito de campo de Pierre Bourdieu aplicado na abordagem teórica dos hospitais universitários como instituição social, significou conceber que tal construção teórica foi de importante associação, se conectada, à história institucional devido ao seu modo de descrever as instituições hospitalares. Essa dissertação de mestrado expressou-se no fazer uma história do trabalho hospitalar na Amazônia paraense, buscando apresentar nas discussões analíticas a partir do capítulo 2, a história do trabalho em saúde, no combate à doença e na promoção da saúde nas rotinas laborativas do HUIBB, no contexto de implantação e institucionalização dessa instituição médica na Amazônia paraense entre 1976 e 1990.

Antes, careceu enfatizar, preliminarmente no subtópico seguinte, o nascimento do hospital enquanto lugar de tratamento e cuidados paliativos aos doentes a eles recolhidos, observando o seu processo de transformação em moderna instituição de combate às doenças e de promoção da saúde, além de indicador de qualidade de vida das populações mundiais.

2.2 Instituição hospital: aspectos históricos

O estudo dos aspectos históricos da instituição hospital possuiu como primeiro ponto a ser destacado, o diálogo entre a história e a sociologia, ciência esta que muito contribuiu para este estudo³⁰. E nesse sentido coube, de antemão, observar a proposição do sociólogo Goffman (2005) acerca da caracterização do hospital como uma “Instituição Total”. Goffman (2005) fez pesquisa de campo nos anos 1950 no Hospital Sta. Elizabeth’s, em Washington D.C. A primeira perspectiva que ele teve foi a de produzir conhecimento sobre as formas de interação entre as pessoas que vivenciaram a realidade de internação do hospital. Nesse sentido, ele traçou parâmetros para tratar da perspectiva subjetivista de quem viveu no interior do hospital.

O que caracterizou a noção de “Instituição Total” para Goffman (2005) foi o isolamento das pessoas no interior de uma instituição. Isso foi delimitado pelas barreiras como forma de separação entre os “internados” e os que pertenciam ao mundo exterior – mecanismos de controle de saída e entrada, o que já esteve posto, inclusive, no aspecto arquitetural e de localização da instituição. No interior do hospital, constituiu-se por meio das

³⁰ Nos capítulos que trataram das fontes do HUIBB, esta perspectiva foi acionada como ponto de vista da relação entre os indivíduos que “viveram” no interior do hospital, observados através do viés de análise institucional.

formas de relação precisas que foram praticadas, tipos específicos de interação, o que consolidava um mundo à parte, mundo no qual o indivíduo esteve destituído de atuação autônoma.

Do ponto de vista histórico, segundo a obra “Evolução e História dos Hospitais” (1965), o Dicionário Larousse do Século XX apontou de forma equivocada que o primeiro hospital teve sua origem no fim do século IV. Teria sido o hospital de São Basílio, fundado em 368 D.C. Isso porque os templos de Saturno poderiam ser considerados como os primórdios da escola médica, de existência anterior a Jesus Cristo. Dessa forma, tais templos caracterizaram-se como os hospitais da Grécia Clássica.

Na Babilônia, antes mesmo da sociedade helênica, a prática da medicina começou no mercado. Pode-se dizer que os mercados foram os primeiros Hospitais da Antiguidade. Em a “História e Evolução dos Hospitais” (1965) apontou-se que por outro lado, Heródoto (Livro I-197) (1850, vers. CXCVII) o grande historiador de Helicarnassus, já observava:

Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fora eficaz ou eficaz na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia.

De acordo com Araújo e Leta (2014), foi no século IV D.C. que teve início o marco da história formal dos hospitais³¹, momento no qual estas instituições passaram a ser reconhecidas como lugares de cuidados aos enfermos e de cura das doenças. De acordo com Porter (2004), os hospitais surgiram como lugares de expressões da caridade, da compaixão e das assistências cristãs, cujos ideais cristãos da cura e da enfermagem deram o impulso à fundação dos hospitais.

A história como ciência interdisciplinar dedicou-se à abordagem das continuidades e mudanças que ocorreram no campo médico inevitavelmente interligado ao meio social, tendo por base, os vestígios do passado que informaram aos historiadores no presente. Porter foi um dos professores da Universidade de Cambridge associados à corrente historiográfica da história social inglesa, que primeiro reivindicou a noção de sociologia do corpo. As análises de Burke (1992), referenciadas por Porter, disseram respeito à reflexão do corpo no campo da história, sendo, segundo eles, fundamentais para se compreender historicamente a questão do

³¹ Na evolução dos hospitais como instituição estão as pequenas construções hospitalares que caracterizaram o período medieval bizantino, entre os séculos IV e VII, que servia de abrigo aos doentes. Neles, segundo Araújo e Leta (2014) o cuidado com a saúde desses “hóspedes” incorporava a concepção de doença como um fenômeno místico e sobrenatural resultante de alguma transgressão individual ou coletiva, e em relação a elas somente uma entidade mítica, religiosa ou sobrenatural teria algum controle e compreensão.

corpo, as diferenças entre os sexos biológicos, as sensações humanas, as manifestações das doenças nos corpos, de modo para que assim houvesse a compreensão histórica acerca dos locais de práticas de cura, notadamente, os hospitais.

Da reivindicação da sociologia do corpo³², Porter (2004) direcionou seus esforços de historiador para a construção da história da medicina no mundo ocidental, enfatizando a importância dos hospitais, de modo a considerar que o seu valor na sociedade hodierna está para a medicina, assim como a catedral esteve para a religião e o palácio para a monarquia. No século XVIII, criaram-se campanhas por reformas hospitalares, como parte das críticas generalizadas às instituições ultrapassadas. O filantropo John Howard passou da reforma dos presídios para a reforma de hospitais, insistindo particularmente na limpeza e ar puro, para combater a poluição que se espalhava pelo ar, que outros responsabilizavam pela mortalidade chocante nas prisões e nos hospitais.

O processo de transformação do hospital de lugar de cuidados paliativos para lugar de combate às doenças e de promoção da saúde envolveu a transferência das ações e formas de cuidado e assistência individual que antes foram praticadas ao nível doméstico por familiares, sacerdotes, curandeiros e parteiras. O hospital tornou-se o lugar de domínio especializado, exercido pelas enfermeiras e médicos, os agentes que passaram a atuar em um espaço criado e dotado das possibilidades e finalidades, um “lugar especial”. O hospital moderno, de acordo com Ornellas (1998, p.259) deveria ser:

[Como um] estabelecimento que reúne pessoas doentes para serem tratadas, onde os meios terapêuticos disponíveis para tratar os doentes são concentrados e onde a medicina se instala como instituição hegemônica. O uso dos termos assistência e cuidado é intencional. Os doentes foram cuidados, assistidos, tratados, por eles mesmos, por suas famílias, por agentes encarregados dessas práticas e, posteriormente, em instituições onde as enfermeiras começaram a sua história, de acordo com as formas que cada sociedade estabeleceu para essa assistência. Cuidar dos doentes define-se como prática, trabalho ou serviço e seus agentes - médicos, feiticeiros, sacerdotes, parteiras e posteriormente - movimentam-se nos templos, casas e nos estabelecimentos criados para esse fim. A doença, que a ciência tomou por objeto de conhecimento e de intervenção, é esquadrinhada, medida, classificada, explicada, enquanto fato, dor, risco, ameaça, presença da morte possível.

A instauração da instituição médica apresentou-se como o lugar para aliviar doenças e atender doentes, espaços de tratamento que reúne pessoas para serem cuidadas. Tratou-se de

³² A título de exemplo, Porter (2004) argumentou que nos séculos XVIII e XIX, quando nós historiadores lemos em registros de admissão hospitalar que as mulheres eram comumente admitidas nas enfermarias sofrendo de “histeria”, quase sempre não esteve claro o que havia de fisicamente errado; elas podiam ter experimentado uma paralisia facial; podiam ter estado sobrecarregadas de trabalho ou subalimentadas. De toda forma, isso pôde provar um exemplo em que o “rótulo” da doença serviu como pouco mais que uma senha administrativa para assegurar a admissão das pacientes na instituição “hospital” moderno, demonstrando que os diagnósticos médicos nessas instituições devem ser considerados historicamente, porém, seria um empreendimento arriscado esperar que esses registros nos proporcionassem uma história das doenças confiável, objetiva e epidemiológica.

um espaço especializado para o exercício dessas atividades. Ornellas (1998) assinalou que no século XIX, houve a “invenção do hospital, onde a medicina instalou-se como instituição hegemônica”. Florence Nightingale, de acordo com Porter (2004), foi a primeira mulher a sistematizar em fundamentos teóricos as práticas cotidianas da enfermagem, e queria que os hospitais fossem transferidos para o interior, o que diante dos tamanhos problemas, os hospitais continuaram tipicamente reservados aos pobres. Os ricos optavam por tratarem-se em casa, e até então, não havia procedimentos médicos que fossem exclusivamente hospitalares: podia-se ser operado na mesa da cozinha, assim como às mulheres dava-se à luz em casa.

Foi no século XIX que no hospital conformou-se e desenvolveu-se um trabalho de tipo específico, que foi o trabalho médico-científico³³. Foi importante notar que se tratou de adotar como referência, a instituição que trouxe vinculada ao próprio processo de trabalho. De acordo com Ornellas (1998), o exercício da prática de tratar e cuidar de doentes esteve ligado à ideia de que foram necessários conjuntos de particularidades que estariam identificados aos instrumentos, separados em três dimensões: uma dimensão intelectual do trabalho, uma dimensão manual, transformadora, e uma dimensão formada pelas condições objetivas requeridas em geral para que, como processo de trabalho, a intervenção médico-científica ocorresse.

A assistência e o cuidado passaram a ser as atividades exercidas em instituições onde atuavam médicos e enfermeiras. Cuidar dos doentes definiu-se como prática, trabalho ou serviço e seus agentes, em estabelecimentos que foram construídos para essa finalidade. Assim, a doença tornou-se o objeto da ciência, os médicos e enfermeiras buscaram, então, traçar e esquadrihar os conhecimentos especializados acerca desse “objeto”.

Na transição do século XIX para o século XX, os hospitais sofreram inúmeras mudanças conceituais, que foram acompanhadas por mudanças institucionais. Dentre elas, chamou atenção a exigência de criação dos hospitais próprios vinculados às escolas médicas. Estas surgiram na esteira das recomendações contidas do Relatório Flexner³⁴ (*Flexner*

³³ Segundo Ornellas (1998), embora o hospital tenha sua origem remontada aos templos gregos e aos hospitais militares romanos, enquanto estabelecimento de tratamento, se destaca como o centro para onde convergem os sistemas contemporâneos de prestação de serviços de saúde. Dessa forma, localizar a origem dos hospitais nos lugares de acolhimentos dos doentes nos templos gregos (os *asclepieae*), requer um esforço de reducionismo, uma vez, que “só tangencialmente e com diversas ressalvas, esses lugares poderiam ser relacionados aos hospitais modernos”. Para um “quadro cronológico” do surgimento e evolução do hospital. Sobre isso, ver: Ornellas (1998); “História e Evolução dos Hospitais” (1965).

³⁴ Resultado de um estudo, com base nas avaliações que fez, sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá, cujo procedimento metodológico foi Flexner ter visitado as 155 escolas de Medicina dos EUA e Canadá durante seis meses. Sobre isso, ver Pagliosa e Ros (2008).

Report)³⁵. Este documento foi considerado como o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas nos Estados Unidos (EUA). Pagliosa e Ros (2008) argumentaram que nele encontraram-se importantes recomendações e implicações para a formação médica e o campo de ensino da medicina em âmbito mundial.

No século XX, o desenvolvimento da atenção à saúde ocorreu em um período marcado por acontecimentos de grande importância na conjuntura internacional, o que, por sua vez, teve desdobramentos internos da vida nos países. O primeiro deles diz respeito ao desenvolvimento do capitalismo, que desde o final do século XIX entrou em sua fase monopolista, com a concentração do capital e a formação de trustes e cartéis, cujo desenvolvimento desigual inerente à natureza do sistema capitalista impôs à sociedade a necessidade de uma redistribuição de mercados, territórios, zonas de influência. Operacionalizado ao colonialismo imperialista, característica marcante no século XIX, esteve o neocolonialismo em atuações no domínio político e econômico baseado nas alianças com as classes dominantes locais, com as internacionais.

O segundo acontecimento³⁶ de peso foi a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), que de acordo com Laprega (2015), consistiu na guerra em que milhões de vidas perderam-se em um conflito organizado para dividir novamente o mundo. Segundo Hobsbawm (1995), a Primeira Guerra Mundial envolveu todas as grandes potências, e na verdade todos os Estados europeus, com exceção da Espanha, os Países Baixos, os três países da Escandinávia e a Suíça³⁷.

O Brasil, no início do século XX, industrializava-se e urbanizava-se aos poucos, crescendo nas grandes cidades uma nova burguesia industrial vinculada ao capital financeiro, assim como as camadas médias e uma classe operária, influenciada pelos acontecimentos na Europa. No campo político, a conjuntura do período foi marcada pelo conflito entre as classes sociais, que acabou levando à Revolução de 1930, que marcou a substituição da Inglaterra

³⁵ Um documento publicado em 1910 por Abraham Flexner³⁵, publicado no *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*. Sobre isso, ver: Pagliosa e Ros (2008).

³⁶ A Revolução Russa é um dos acontecimentos que inaugurou um novo sentido para os povos colonizados de todo o mundo, pois surgiram vários Partidos Comunistas (inclusive no Brasil) que organizaram movimentos de massa que passaram a pressionar os capitalistas burgueses por melhores condições de vida. Logo em seguida, se segue a Grande Crise Mundial de 1929-30. De acordo com Laprega (2015), esse conjunto de acontecimentos modificou profundamente a dinâmica internacional, com reflexos internos na conjuntura do Brasil, que nesse contexto era marcado na sua base econômica ainda marcadamente agrária, com predomínio da exportação do café, do qual o Brasil era o maior exportador.

³⁷ Além delas, as tropas do ultramar foram pela primeira vez enviadas para lutar e operar fora de suas regiões. Os canadenses lutaram na França, os Estados Unidos também mandaram os seus soldados para lá, determinando assim o cosmopolitismo característico na forma da história do “breve século XX” (Hobsbawm, 1995).

pelos Estados Unidos como polo do capitalismo monopolista, e a consequente substituição da burguesia agrária pelo capital financeiro. Segundo Laprega (2015), os primeiros 30 anos do século XX foram os anos de relativo progresso causado pela ampliação do mercado interno, pela industrialização estimulada pela guerra e pela ampliação do mercado internacional do café. Além dessas alterações, vale destacar a fundação do Partido Comunista do Brasil (PCB) (1922), a Semana de Arte Moderna (1922), a Revolta de Canudos (1897), a Revolta do Forte de Copacabana (1922) e a de São Paulo (1924), que deu origem à Coluna Prestes.

A população brasileira aumentou devido ao crescimento vegetativo e a imigração europeia e de outros povos que fugiam de uma Europa em crise, atraídos pela propaganda do crescimento do mercado de trabalho na cafeicultura. Ocorreu também uma urbanização acelerada, a exemplo do município de São Paulo, que viu sua população aumentar 10 vezes no período de 1890 a 1920. Laprega (2015) assinalou que a saúde passou a ser uma questão social, de modo que, para as classes dominantes, os problemas de saúde passam a ser “endemias e problemas de saneamento nos núcleos urbanos que surgiram no processo de acumulação cafeeira”.

Politicamente, foram tomadas medidas para sanear o meio ambiente, visto que alguns animais não domesticados, a vegetação densa, o solo bruto e a água não tratada coexistiam com as populações humanas concentradas nas grandes cidades e naquelas por onde se dava o escoamento da produção de café. No começo do século XX, o país sofria epidemias de cólera, febre amarela, varíola, febre tifoide, tuberculose e peste bubônica. Essa situação levou o presidente Rodrigues Alves, segundo Laprega (2015), a investir em obras de saneamento no Rio de Janeiro e, desse modo, foram tomadas medidas de combate à malária. Em 1904, foi promulgada a lei da vacinação obrigatória contra a varíola e em 1908, o sanitarista Oswaldo Cruz iniciou o combate à febre amarela.

Costa (2006) apontou que no caso do Pará, as políticas de saúde pensadas para os habitantes da capital Belém e aqueles das freguesias do interior datavam ainda da época imperial, sendo os principais protocolos elaborados durante as epidemias de febre amarela (1849), ‘cólera morbus’ (1850) e varíola (1851). A autora destacou que as ações possuíam concentração locais, isto é, partiram do governo da província e foram geridas a partir das diretrizes apresentadas pela Comissão de Higiene, a respeito da recuperação de seu estado sanitário e as tentativas de regularização dos hábitos e do modo de vida dos habitantes da província do Pará.

As políticas de saúde encontravam-se setorializadas na província e eram elaboradas pelo governo através da Comissão de Salubridade, que, buscando agir sobre os possíveis focos das

doenças, estabelecia um conjunto de regras de higiene que objetivavam, dentre outras coisas, sanear os espaços públicos e privados da cidade e regularizar os hábitos e os modos de vida nas Posturas Municipais. Costa (2006) apontou que, através das medidas sanitárias propostas, buscava-se sanar o principal problema da cidade de Belém, isto é, a limpeza dos igapós, igarapés, canais e vias públicas, vistos naturalmente como produtores de miasmas, os ares insalubres cuja contaminação seria a causadora dos adoecimentos das vias respiratórias.

Rodrigues (2008), por sua vez, assinalou que a época republicana deu um expressivo impulso às políticas sanitárias que já vinham sendo realizadas durante o Império, além de criar novos serviços que não existiam no período monárquico. Nas principais cidades do país, houve uma verdadeira “modernização” de suas áreas centrais através da criação de largas avenidas, sistema de esgoto e canalização da água para o interior das residências, assim como aplicou-se uma política rigorosa de limpeza urbana, que ocasionou a expulsão da população indesejável e suas moradias dos núcleos centrais das cidades que pretenderam-se remodelar.

O autor acima mencionado elencou que as políticas sanitárias do período possuíam enquanto alvo, os cuidados com a população pobre através da prática do isolamento social. No caso da Amazônia, a hanseníase (lepra) já havia sido um problema de saúde pública desde a época colonial, mas, assumiu proporções avassaladoras na transição do século XIX para o século XX, momento em que se pressionou que as autoridades do estado do Pará isolassem e confinassem os hansenianos em local afastado dos restantes dos habitantes de Belém; para isso, havia duas instituições de acolhimento desses pacientes. Uma delas era a Santa Casa de Misericórdia, instituição que exercia a função de cuidado com os adoecidos no Pará desde a época colonial, mobilizada pelo exercício religioso da caridade, e na época imperial e parte do período republicano, o exercício da caridade converteu-se no tratamento dos adoecidos através do exercício da filantropia.

Além da Santa Casa de Misericórdia, havia o Lazareto e Hospício do Tucunduba, instituição situada na área de arrabaldes de Belém, para onde se encaminhavam os hansenianos, juntando no mesmo espaço os acometidos na sua maioria negros escravizados, nos estágios iniciais, médios e terminais da doença. Henrique (2012) assinalou que o Lazareto e o Hospício do Tucunduba passaram a ser institucionalmente administrados pela Santa Casa de Misericórdia a partir de 1888, data da abolição da escravidão no Brasil, substituindo os antigos administradores do Lazareto e Hospício do Tucunduba pelos “cuidados, zelo e proficiência das irmãs da Caridade”, que para esse fim vieram da Europa, o que o autor acima mencionado apontou não ter agradado os enfermos institucionalizados.

Esse contexto da primeira república demarcou que as políticas de saúde foram criadas com o fito de possibilitar uma resposta às grandes epidemias e endemias, embora elas estivessem restritas aos locais próximos ao setor agroindustrial do café. A saúde estava subordinada ao processo de acumulação de capital industrial. Não havia nenhuma política voltada para a organização dos serviços de saúde destinada ao atendimento dos habitantes doentes. A assistência à saúde ainda era feita nos moldes predominantes do século XIX e a assistência hospitalar era prestada majoritariamente pelas Santas Casas de Misericórdia, e de maneira pontual nas outras entidades filantrópicas ou Casas de Saúde privadas.

Laprega (2015) assinalou que, a partir da literatura sobre o tema, muitos autores apontaram o surgimento da Previdência Social no Brasil, em 1923, como consequência das mudanças estruturais e conjunturais do país. Ao mesmo tempo, marcou um momento de inflexão para o início de uma nova fase, de novo modelo de assistência médica.

Segundo o autor, o surgimento da atuação da previdência no Brasil seguiu na esteira do *boom* da economia cafeeira e das crises de superprodução. Contexto que se criou a necessidade e as condições para a modernização da infraestrutura de transporte e de exportação. Formou-se então a burguesia industrial de pensamento liberal e junto com ela a classe operária, composta, em grande medida, por trabalhadores estrangeiros, “que de maneira tão precoce, [encetou que] o nascimento de uma massa trabalhadora urbana no Brasil encontrasse formas de expressão tão agudas na política”.

Com a Reforma Chagas de 1923, que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública, ocorreu a ampliação da cobertura ao atendimento à saúde, embora restrita a uma amplitude mais localizada. Ainda em 1923, foi promulgada a Lei Eloy Chaves³⁸, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), mudando as regras de previdência no Brasil. As CAP's previam os seguintes benefícios: assistência médica curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice, invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral etc. A criação das CAP's foi um marco na história da previdência do nosso país e teve papel importante na expansão e cobertura da assistência médica³⁹.

³⁸ Com a Lei Eloy Chaves, as CAP's, ainda organizadas no âmbito das firmas, foram criadas para trabalhadores ferroviários. Em seguida, expandiram-se para outras categorias funcionais assalariadas. Chegou-se ao número de 180 CAP's instaladas. Bom atentar ainda que o Estado estava à margem dessa forma de organização, sendo sua atuação restrita aos casos de conflitos. Sobre isso ver: Afonso (2003); Batich, (2004).

³⁹ Segundo Laprega (2015), as CAP's foram constituídas por empresas, de maneira que somente as de maior porte conseguiram se estruturar, permanecendo excluída a maioria da população, que continuava a utilizar os recursos limitados dos serviços públicos, os profissionais liberais e a medicina tradicional. Nos anos 1920, a Previdência Social era de natureza privada, com o Estado permanecendo fora do sistema.

O Ministério da Educação e Saúde foi criado em 1930, resultado da união entre dois departamentos, um de Educação e outro departamento de Saúde. Em 1934, foram criadas várias diretorias e serviços, como a Diretoria de Assistência Hospitalar. A partir desse momento pôde-se identificar um relativo avanço da atenção à saúde pública, dirigido também para o interior do país. Nesse ínterim, a política de saúde estruturou-se em dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária. O primeiro setor manteve-se predominante até meados dos anos de 1960, enquanto o previdenciário, que vinha estruturando-se desde a década de 1920, ampliou-se no período. De acordo com Laprega (2015), a previdência só ganhou impulso a partir do final da década de 1950, passando a ter papel decisivo a partir do Golpe Militar de 1964.

Na década de 1960, acontecia uma crise aguda no sistema de saúde, pois aumentou a demanda populacional em decorrência da urbanização acelerada, aumentando, assim, os custos de assistência à saúde em nível mundial, em consequência dos avanços científicos e tecnológicos. E a centralização do atendimento a nível hospitalar sob o comando da iniciativa privada expandiu-se rapidamente e sem controle por parte do Estado.

No final dos anos 1970, em face do crescente endividamento aos cofres públicos, a situação econômica difícil foi mascarada pelos governos militares através da propaganda governamental, estimulando o patriotismo por ocasião da Copa Mundial de Futebol de 1970. Como alternativa ao estado de crise, os governos militares tomaram medidas “racionalizadoras” na organização dos sistemas de saúde, críticas ao modelo hospitalocêntrico⁴⁰ e à promoção da Conferência de Alma Ata, em 1978⁴¹, assim como o lançamento da proposta de “Saúde para Todos no Ano 2000”.

O autor elencou que em resposta à crise econômica e com o sentido de expandir a cobertura assistencial e dar maior “racionalidade” administrativa, em 1966 foram extintos os IAP's⁴², e em seu lugar foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)⁴³.

⁴⁰ O modelo hospitalocêntrico significa um modelo de assistência de saúde centrado no hospital. De acordo com os críticos desse modelo, o hospital é apenas um elo importante da cadeia de saúde, mas, devido à complexidade, estruturas e tecnologias que dispõe, deveria tratar principalmente casos mais complexos. Sobre isso ver: Borba *et al.* (2015).

⁴¹ A Conferência de Alma Ata ou Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde foi realizada em setembro de 1978 na cidade de Alma Ata, capital do Kazaquistão. Organizada pela Organização Mundial da Saúde e Unicef, a conferência foi assistida por mais de 700 participantes e resultou na Declaração que reafirmou o significado da saúde como um direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais. Sobre isso ver: Mendes (2004).

⁴² IAPs foi a sigla dos Institutos de Aposentadorias e Pensões derivados das antigas Caixas de Aposentadorias e Pensões. Criados em 1945, os IAPs expandiram suas áreas de atuação e passaram a incluir serviços na área de alimentação, habitação e saúde. O Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) assinala que após a ampliação das funções das IAPs, sua gestão financeira não foi acompanhada das mesmas reformulações, o que acarretou sérios problemas posteriormente. Sobre isso ver: CPDOC (2020).

Laprega (2015) assinalou que a centralização da previdência gerou uma grande quantidade de recursos financeiros nas mãos do Governo Federal, o que permitiu a implantação de uma política de privatização da assistência à saúde com o financiamento em larga escala para a iniciativa privada. Com a centralização do poder e a exclusão dos trabalhadores da gestão do sistema, parte do dinheiro da previdência passou a ser utilizada para a execução de grandes obras de infraestrutura, a exemplo da construção da Rodovia Transamazônica⁴⁴.

O Inamps foi criado pela ditadura civil-militar, no ano de 1974, quando foi desmembrado do Inps⁴⁵. De caráter autárquico, o Inamps estava atrelado ao Ministério da Previdência e Assistência Social⁴⁶. A finalidade da instituição era prestar atendimento no campo médico aos contribuintes da previdência. Isto é, aos trabalhadores empregados com carteira profissional assinada. Em sua estrutura, o Inamps mantinha estabelecimentos próprios, embora atendesse na rede privada, por meio de convênios com particulares, cujo pagamento de repasses estava assentado na lógica do procedimento: era a valorização da doença, em detrimento de cuidar da saúde.

A crise econômica da metade da década de 1970 impactou fortemente no processo de financiamento da Previdência Social e, conseqüentemente, no Inamps. Em 1979, a Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados promoveu, entre os dias 9 a 11 de outubro, o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Progressivamente, o Inamps passou por sucessivas mudanças no decurso dos anos, como: a progressiva universalização do atendimento, o que já apontava para a lógica de criação do SUS. Em 1982, foi acordado o convênio entre os HU's e o Ministério da Assistência e Previdência Social. Em 1983, foi criada a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Essas duas ações tiveram forte repercussão nos HU's, porque o financiamento hospitalar dos HU's passou a ter como condição que esses HU's prestassem atendimento universal à população, de maneira que o pagamento deveria dar-se conforme a realização de serviços e não mais sob a condição de que carecia do processo orçamentário.

Esse processo desenvolveu-se até meados dos anos de 1980, momento de grande crescimento da demanda e ampliação acentuada da cobertura de saúde. É o momento em que

⁴³ No período da ditadura civil-militar, dentre as instituições que se ocuparam da saúde esteve: o INPS, criado em 1966 e substituído em 1974 pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Sobre isso, ver: Zeni e Koproski (2021).

⁴⁴ Exemplo comumente citado na literatura médica sobre o tema.

⁴⁵ Hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). De acordo com Carmo (2007), o Inamps só foi extinto em 27 de julho de 1993 (Lei nº 8.689).

⁴⁶ Hoje é o Ministério da Previdência Social. Carmo (2007) assinalou que o INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados Iaps) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Iaps e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).

se destacaram as especializações e incorporações de tecnologias médicas, além do esvaziamento do papel filantrópico das Santas Casas. No âmbito da Administração Federal, foi criado, em 1981, o Conasp, com representantes dos Ministérios, das Empresas e dos trabalhadores das Indústrias, do Comércio e da Agricultura, e do Conselho Federal de Medicina, com o objetivo de estudar e propor soluções para a assistência à saúde no âmbito da previdência, cujos efeitos acabaram por criar o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, em 1982.

As Ações Integradas de Saúde foram criadas no período da abertura política à democratização, sob o governo de João Batista Figueiredo, e a partir de 1984 espalharam-se para todo o país. Em 1987, o Suds foi criado por decreto como estratégia de transição para a implantação de um SUS, e que iniciou a transferência para Estados e Municípios dos serviços e estruturas de saúde ligadas à Previdência.

Em 1988, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil (2012) e foi criado o Sus, efetivamente implantado a partir de 1990, com as Leis Orgânicas da Saúde. A Constituição Federal, também chamada de Constituição Cidadã, na medida que os princípios deontológicos norteadores da Carta foram estabelecidos, a instituição garantia dos direitos sociais e políticos aos homens e mulheres nascidos em solo brasileiro, a Organização do Estado e a Organização dos Poderes. E orientando-se pelos princípios democráticos dos direitos e garantias fundamentais aos cidadãos brasileiros vindos da Constituição Federal de 1988, o SUS definiu a saúde como um direito social, destacando o seu caráter universal, integral e de chances iguais de acesso à saúde aos brasileiros.

Desde então, no Brasil, a partir de 1988, ocorreu como uma tendência mundial a ampliação na cobertura do sistema público de saúde. Colocaram-se várias demandas que se impuseram como desafios para o Sus, dentre os quais destaca-se a formação dos profissionais de saúde que pudessem ter conhecimento para enfrentar os problemas de saúde pública que então assolavam o país. De outro lado, carecia o incentivo à pesquisa científica e o desenvolvimento de novas técnicas de tratamento e a incorporação das tecnologias estrangeiras de saúde no país.

De acordo com Barata, Mendes e Bittar (2010), o fortalecimento dos instrumentos que pudessem garantir acesso da população aos tratamentos de saúde possibilitou ou possibilitaria um processo de integralização à assistência em saúde. Assim, os papéis desempenhados pelos Hospitais de Ensino (HE's) mostraram-se como condição fundamental para que se conseguisse efetivamente melhorar a saúde de todos os brasileiros, [embora] o

desenvolvimento da assistência realizada pelos HE's, assim como de suas atividades didáticas e de pesquisa, que por vezes estruturou-se de forma isolada dos demais serviços assistenciais.

Os Hospitais de Ensino apresentaram-se como detentores de um papel fundamental no Sistema de Saúde: a missão de formar recursos humanos, construir o conhecimento por meio da pesquisa científica, desenvolver e testar novas tecnologias e fazer o atendimento dos casos de alta complexidade, o que consistiu no seu sentido fundamental. Dentro deste conceito de Hospitais de Ensino, emergiu no Brasil outra categoria de hospitais: os hospitais universitários. Estes nasceram como instituições derivadas da vinculação do hospital de ensino médico e ciências da saúde a uma universidade de forma que consistiu no resultado do movimento de modernização do ensino superior no Brasil, cujo ápice instituiu em 1961 a Universidade de Brasília (UnB), fundada não apenas para ser a mais moderna universidade do país naquele contexto, mas como um divisor de águas na história das instituições universitárias. Quer por suas finalidades, quer por sua organização institucional, tiveram exemplos na Universidade de São Paulo (Usp) e a Universidade do Distrito Federal (UDF), nos anos de 1930.

A Reforma Universitária foi um movimento efetivado no Brasil em 1968. Fávero (2006) argumentou que consistiu em movimento demarcado pela densa participação estudantil, expressa nos seminários e de suas propostas, tornadas evidentes na posição dos estudantes, através da União Nacional dos Estudantes (Une), de combater o caráter arcaico e elitista das instituições universitárias. Nesses seminários, foram discutidas questões relevantes que lançaram as bases dos princípios que regem as instituições universitárias atualmente: a) a autonomia universitária; b) a participação dos corpos docentes e discentes na administração universitária, através do critério de proporcionalidade representativa; c) a adoção do regime de trabalho em tempo integral para docentes; d) a ampliação da oferta de vagas nas escolas públicas; e) a flexibilidade na organização dos currículos.

Efetivada a Reforma Universitária no Brasil em 1968, os hospitais universitários transformaram-se nos centros de formação e capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de tecnologias científicas na área da medicina e demais ciências da saúde, de modo a ofertá-los nos serviços à população do entorno. Segundo Araújo e Leta (2014), nas instituições desse tipo foram elaborados protocolos técnicos para a assistência a diversas doenças, além da oferta de programas de educação continuada que permitiram a atualização técnica dos profissionais do sistema de saúde. Os hospitais universitários passaram a ser vistos como complexos de integração entre o ensino, pesquisa e o atendimento como

resultado do processo de avaliação pelas quais essas instituições foram submetidas desde 2004 e formalizados no chamado processo de contratualização em 2007⁴⁷.

As autoras assinalam que tais instituições definiram-se por serem integradoras de atuações no âmbito do ensino, da pesquisa e da assistência à sociedade do entorno. Esta foi a característica fundamental que capitalizou a ideia do hospital universitário: a tríade que compôs a missão dos hospitais universitários, em que, através dos relatos de gestores dos hospitais universitários, pôde-se fazer uma análise científica na maneira como essas três atividades implantaram-se nos grandes hospitais universitários brasileiros desde a sua história de fundação.

Araújo e Leta (2014), após o estudo dos relatos dos gestores, identificaram que houve o reforço da tripla missão dos hospitais universitários, e a novidade apresentada nos anos 2000 foi a de que se impôs a justificativa de uma finalidade, que foi tornar visível as suas atuações, a fim de que elas pudessem ser inseridas “no sistema de saúde local, como formador de profissionais da saúde, e ainda no desenvolvimento da avaliação de tecnologias”. Outra questão importante foi a de que os hospitais universitários brasileiros foram pouco investigados empiricamente, especialmente no referente à sua história de fundação, estruturação (ou institucionalização) e funcionamento.

Grande parte dos trabalhos científicos que trataram da história da saúde, ou, que a acionaram em seus trabalhos, foi majoritariamente realizada por médicos. Tal é o caso do estudo de Laprega (2015), no qual abordou a origem e a permanência do estado de crise do Sistema de Saúde no Brasil. Segundo o autor, passados vinte e sete anos da promulgação da Constituição de 1988, o sistema de saúde permaneceu em crise, e as queixas estenderam-se por todo o território nacional e a todos os níveis de atendimento.

As análises de Laprega (2015) tiveram como finalidade orientar a análise das características gerais do setor hospitalar brasileiro, em perspectiva historiográfica, buscando verificar o desenvolvimento e a situação do Hospital de Ensino Universitário João de Barros Barreto, utilizando como fonte de dados, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH).

⁴⁷ Em 2004, a Portaria n. 1000/MS/MEC instituiu o processo de certificação dos Hospitais de Ensino, o que de acordo com Chioro *et. al* (2021), foi o primeiro passo para a adesão ao Programa de Reestruturação. O processo de contratualização, efetivado em 2007 pelo Ministério da Saúde, teve como objetivo viabilizar o estabelecimento de metas, quantitativas e qualitativas, referentes às atividades de ensino, pesquisa e assistência à sociedade do entorno. O processo de execução dessas metas permaneceu acompanhado por conselhos instituídos e destinados à padronização e regularização das atividades técnicas-científicas dos hospitais universitários federais e estaduais, cujo estabelecimento assim como o cumprimento das metas, as quais resumiram-se na sua “missão” institucional (Araújo; Leta, 2014).

De acordo com Pinheiro e Mattos (2005a), a integralidade como princípio é um dos princípios doutrinários da política do Estado brasileiro para a saúde, que juntamente com a universalidade de acesso e a equidade são as três diretrizes da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os autores sistematizaram os três conjuntos de sentidos sobre a integralidade que tiveram por base a gênese dos movimentos de Reforma Sanitária brasileira: a “integralidade” como boa medicina, a “integralidade” como modo de organizar as práticas e a “integralidade” como resposta governamental aos problemas específicos de saúde.

De modo geral, a literatura médica sobre o tema apontou que, por outro lado, o saldo foi positivo, pois, avançamos na cobertura de cuidados primários à saúde, mas, muito pouco na questão da integralidade, sendo o maior desafio do momento atual aquele que está sendo enfrentado com a construção das Redes Regionais de atenção à saúde.

A partir desses referenciais historiográficos, as análises desta dissertação de mestrado foram construídas de modo a suprir as lacunas consideradas por Laprega (2015) e por Araújo e Leta (2014), dos estudos brasileiros sobre a instituição hospital universitário, principalmente, os estudos sobre as atribuições do ensino, pesquisa e assistência à sociedade, itens que foram indispensáveis para a contratualização. Ao selecionar a investigação da história institucional do HUIBB, objetivou-se lançar os pontos iniciais acerca da discussão sobre a “origem do hospital” (e da profissão médica).

Neste tópico, importou argumentar que ao longo da história ocidental, o hospital foi abordado como lugar de exercício da medicina, e pôde-se notar que essa instituição foi vista enquanto um instrumento de trabalho médico “de mercado”⁴⁸. Neste subtópico, abordou-se a evolução histórica do hospital como *locus* de trabalho de agentes específicos – médicos, enfermeiros etc., isto é, como um lugar de trabalho médico.

No subtópico seguinte, tratou-se da evolução histórica dos hospitais universitários nas suas articulações com as políticas governamentais elaboradas para o setor de saúde, observando o tipo específico de hospitais, sua missão institucional e sua atuação na sociedade.

2.3 Hospitais universitários e a tríade Ensino, Pesquisa e Extensão

Segundo Carmo *et al.* (2007), os HU’s⁴⁹ ganharam importância no momento de sua inserção no sistema de saúde em um contexto de encolhimento da oferta de serviços de saúde

⁴⁸ Como o historiador Heródoto já apontava na citação colocada anteriormente.

⁴⁹ De acordo com Clemente (1998), as primeiras ações de integração ensino-assistência ocorreram a partir de 1808, quando D. João VI criou a Escola de Cirurgiões, que posteriormente se transformou na Faculdade de

pelo setor privado e o esvaziamento da atuação das entidades filantrópicas. Estas últimas, desde os anos 1950, foram o principal núcleo de formação e capacitação de profissionais da saúde. Nos anos seguintes, as instituições de formação de profissionais de caráter público foram desenvolvendo-se e o ensino médico passou a ser desenvolvido em hospitais vinculados às instituições federais. Carmo *et al.* (2007) assinalaram que na década de 1980 ocorreu o fim do financiamento por parte do Ministério da Educação. Dessa forma, com o fim do financiamento por orçamentação via MEC, aprofundou-se a crise no sistema de manutenção dos HU's, de maneira que a dependência em relação ao Mec foi o ponto marcante no processo de desenvolvimento e atuação destas instituições de ensino.

Nesse contexto, passou a fixar-se no setor de saúde pública um processo de dependência do sistema de atendimento público às políticas de Estado. Foi nesse momento que o Ministério da Saúde se tornou cada vez mais dependente dos serviços dos HU's, haja vista que, como instituição de ensino, o atendimento ao público que demandava assistência acabou por tornarem-se as pilstras da existência dessas instituições. Nos termos de Carmo (2007, p.388):

[...] criou-se, em contrapartida, maior dependência do Ministério da Saúde em relação à prestação de serviços pelos HUs federais. Tais fatores, aliados à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, à descentralização da gestão e à implementação dos mecanismos de regulação dos serviços pela gestão local, estreitaram as relações entre hospitais universitários e de ensino e os gestores do sistema. No entanto, essa necessária aproximação não tem ocorrido sem conflitos. Parafraseando Cecílio, o hospital universitário que a comunidade hospitalar e acadêmica vê não é o mesmo que o gestor do sistema de saúde vê.

A citação acima referenciou o conflito da relação entre os HU's e o sistema de saúde. Para um entendimento melhor, observou-se sucintamente o processo de incorporação, haja vista que isso possibilitou a percepção das negociações e conflitos que se desenrolaram. Entre 1969-1971 ocorreu a efetivação da Reforma Universitária⁵⁰, o que resultou num novo ensino superior, cuja principal mudança foi o fim das cátedras vitalícias⁵¹, fase na qual a organização

Medicina da Bahia. Em seguida, com ida da família real para o Rio de Janeiro, foi também criada outra Escola de Cirurgiões, que é hoje Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ambas utilizavam as Santas Casas de Misericórdia como campo de ensino.

⁵⁰ Martins (2009) argumentou que a Reforma Universitária representou um novo padrão de ensino superior instalado no Brasil em 1968, tendo esse movimento suas bases históricas iniciadas no final da década de 1950; Fávero, de outro modo, assinalou a Reforma Universitária enquanto fruto das transformações no novo conceito de universidade surgido no pós-1945. Fávero (2006) destacou a tomada de consciência de sua situação por vários setores da sociedade, a partir dos anos 1950, e, em especial, o papel do movimento estudantil no início dos anos de 1960.

⁵¹ Em linhas gerais, Martins (2009) assinalou que “a Reforma de 1968 produziu efeitos paradoxais no ensino superior brasileiro. Por um lado, modernizou uma parte significativa das universidades federais e determinadas instituições estaduais e confessionais, que incorporaram gradualmente as modificações acadêmicas propostas pela Reforma. Criaram-se condições propícias para que determinadas instituições passassem a articular as

dos hospitais esteve sob o controle das instituições de ensino. Isso abrangeu a totalidade das formas das organizações, como as formas de ocupação do espaço físico e as formas de racionalidade de funcionamento dos setores que compunham os hospitais. Com essa mudança, a atuação das cátedras na administração das universidades que vigorava até então conheceu uma mudança.

Paim (2008) assinalou que surgiu em meados dos anos de 1970, o movimento de Reforma Sanitária postulando-se a democratização da saúde, justamente em um período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura civil-militar. O autor apontou que professores universitários, setores populares e entidades de profissionais da saúde passaram a demandar por mudanças na saúde, culminando no ano de 1976 com a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes). O movimento de reforma sanitária brasileira teve como cerne opôr-se, de forma técnica, científica e política, à ditadura civil-militar.

De acordo com o autor acima mencionado, o termo “Reforma Sanitária” foi usado pela primeira vez no país em função da reforma sanitária italiana, em que a Itália esteve incluída no segundo grupo de países que implantaram o princípio do *National Health Service*, cujo país pioneiro nesse segmento foi a Inglaterra, que em 1948 implantou o primeiro sistema de saúde coletiva estatal em país capitalista, advindos do Relatório Beveridge de 1942, cujas diretrizes fundamentaram os princípios do *Welfare State*.

As mudanças derivadas da reforma sanitária italiana começaram a repercutir no Brasil a partir do final dos anos 1960 e início dos anos de 1970 – o período mais repressivo do regime militar no Brasil –, quando constituiu-se a base teórica e ideológica do pensamento médico-social, também chamado de abordagem social da saúde e da teoria social da medicina, disseminando-se nos departamentos de Medicina Preventiva da USP e da Universidade de Campinas, além do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A reforma sanitária brasileira contou politicamente com o apoio de vários setores da sociedade civil e foi instrumentalizado na época pelo Movimento Democrático Brasileiro⁵² (MDB), suscitando debates através da mudança na forma de olhar, pensar e refletir sobre o setor da saúde, que nessa época estivera muito concentrado nas ciências biológicas e na

atividades de ensino e de pesquisa, que até então – salvo raras exceções – estavam relativamente desconectadas. Aboliram-se as cátedras vitalícias, introduziu-se o regime departamental, institucionalizou-se a carreira acadêmica, a legislação pertinente acoplou o ingresso e a progressão docente à titulação acadêmica. Para atender a esse dispositivo, criou-se uma política nacional de pós-graduação, expressa nos planos nacionais de pós-graduação e conduzida de forma eficiente pelas agências de fomento do governo federal”.

⁵² Antigo PMDB. Este partido modificou novamente sua sigla para MDB nos dias atuais .

maneira como as doenças eram transmitidas, havendo uma primeira mudança quando as teorias das ciências sociais começaram a ser incorporadas. Primeiramente, as abordagens sociais mostraram que as doenças são passíveis de serem socialmente determinadas.

Paim (2008) argumentou que a expressão ficou esquecida por um tempo, até ser recuperada durante o movimento de conquista da democracia em 1985, cujos debates prévios possibilitaram a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde no ano de 1986. As diretrizes da Reforma Sanitária brasileira foram usadas para referir-se ao conjunto de ideias que havia em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde pública, e as mesmas repercutiram no evento, em que reafirmou-se o reconhecimento *da saúde como um direito de todos e dever do Estado*, recomendando-se a organização de um SUS descentralizado, isto é, com atribuições específicas para a União, Estados e Municípios, e democrático, pois, seria garantida a participação social nas formulações das políticas de saúde, no acompanhamento e na avaliação dos serviços ofertados.

Nesse contexto de efetivação da Reforma Sanitária brasileira, em 1989, foi criada a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (Abrahue), durante o XXVII Congresso da Associação Brasileira de Ensino Médico. Essa foi uma ação importante, pois, essa instituição associativa propiciou uma ligação mais efetiva com as associações de especialidades médicas. De acordo com Medici (2001) e Mendes (1991), isso contribuiu para que fosse possível fortalecer os meios de sustentabilidade financeira aos HU'S, porque eles se mostraram como formas efetivas de cobrança e pressão sobre o Inamps, resultando no crescimento de repasses de recursos orçamentários aos hospitais brasileiros.

Em 1986, reiteramos que foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), a primeira conferência aberta à sociedade. Dela resultou Suds, cujo sentido consistiu no atrelamento entre o Inamps e os Governos Estaduais. Isso foi a base para a forma como o capítulo sobre a saúde foi costurada na Constituição de 1988, ao definir a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, claramente inspirada na Declaração de Alma Ata, realizada no Kazaquistão em 1978.

O Sistema Único de Saúde foi um modelo governamental de descentralização e universalização da assistência pública de saúde implantado em fases no Brasil. Primeiro foi criado o SUDS, em 1987, seguido pela incorporação do Inamps ao Ministério da Saúde (Decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990). Por último, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o SUS. Em poucos meses, foi lançada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que imprimiu ao SUS uma de suas principais

características: o controle social, ou seja, a participação dos usuários (população) na gestão do serviço. Segundo Carmo (2007, p.388):

Ao final da década de 1980, o movimento da Reforma Sanitária resultou na Constituição de 1988, que criou o SUS. A Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, de 1990/MS – estabeleceu em seu art. 45: Os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram – se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

A descentralização já prevista na Lei Orgânica de Saúde possibilitou que se estabelecessem os contratos e convênios com as redes prestadoras de serviços, de modo a permitir que fossem deslocadas para a responsabilidade dos municípios, substituindo os antigos contratos do Inamps; e na esteira disso, surgiram os convênios com os Hospitais Universitários (HU'S). Nos anos de 1990, a conjuntura era de crise nas universidades, e isso coincidiu com as perspectivas de descentralização do SUS. Dessa forma, passou a advogar-se diversas soluções, dentre as quais a defesa de que os HU'S fossem transferidos para o SUS, ou a sua transformação em Organizações Sociais (OS), ou ainda a sua privatização.

Havia ainda a proposta de cogestão entre a Universidade e o gestor do SUS, de forma que ficasse garantida a atividade de ensino como docência assistencial, definidas em três pontos, que de acordo com Carmo (2007, p.389) foram: hospitalar, ambulatorial e domiciliar. O SUS foi uma importante conquista do Movimento da Reforma Sanitária. Na Constituição de 1988 consta:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao artigo 118 da Constituição da República Federativa do Brasil, acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006, EC no 63/2010 e EC no 86/2015) I–descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III–participação da comunidade. § 1o O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Dessa maneira, o Brasil passou ter um sistema público de saúde unificado e dotado de amplitude universal. O processo de implantação do Sus começou com uma estratégia que se valeu para definir o caráter universal dos princípios fundamentais para a cobertura das ações

no âmbito da saúde. No entanto, de acordo com o autor, alguns pontos acerca da participação do Ministério da Previdência no Inamps permaneceram, como forma de manter os instrumentos para garantir a continuidade da assistência médico-hospitalar a ser prestada à população brasileira.

Os HU'S tornaram-se ambientes de ensino acadêmico, pesquisa científica, de formação e capacitação de profissionais de saúde. As práticas de pesquisa científica destacaram-se na composição de sua finalidade. Ligados a esses elementos centrais estiveram: defender elementos que visassem atenção à saúde, o que disse respeito aos estudos de problemas relacionados à alta complexidade e ao desenvolvimento tecnológico. No nível mais externo, estiveram as possibilidades de inserção das redes aos serviços de saúde, para que atuassem como possibilidades de atendimento à população.

Em relação à conjuntura da distribuição do ensino médico no Brasil, de acordo com Laprega, no período de 1976 a 1999 tínhamos o quarto período no processo de estabelecimento dos hospitais de ensino. De acordo com Laprega (2015), a Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080 de 1990/MS, estabeleceu no seu art. 45º:

Os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada a sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

Segundo o autor, estes seriam os “tempos recentes” nessa escalada evolutiva. Tal período foi marcado por uma redução do ritmo de criação das escolas. Ainda assim, foram criadas mais 19 dessas escolas de ensino de medicina. Em 1999, o Brasil já tinha 92 escolas médicas, das quais 50 estavam localizadas na região Sudeste, o que fez acionar a justificativa do tema da dissertação que realizamos, cujos resultados puderam oferecer um panorama da evolução das escolas de medicina na Amazônia paraense, observados através da história do trabalho hospitalar no HUIBB, onde a conjuntura do ensino das ciências médicas e de ciências da saúde evoluiu de acordo com a institucionalização do antigo HBB no HU vinculado à UFPA, tornando-se, a partir de 1990, o maior hospital de ensino acadêmico, pesquisa científica e atendimento à sociedade do entorno na Região Norte.

Os HU's funcionam hoje como estabelecimentos de saúde através do prolongamento do processo de ensino e formação de mão de obra em saúde. Estão sob as formas de administração das instâncias superiores, localizadas nas universidades federais. Do ponto de vista prático, os HU's são espaços laboratoriais que prestam serviço à comunidade. Segundo Cerqueira (1996), eles estão ladeados e imbricados com o ensino, atividades de pesquisa,

extensão e assistência à saúde, de forma integrada ao Sistema Único de Saúde. Assim, elencaram-se duas características importantes sobre os HU's: esse tem por função social, o tripé ensino-pesquisa-extensão; e devem estar inteiramente integrados ao Sus.

Ensino, pesquisa e atendimento à sociedade do entorno foi a finalidade dos Hospitais Universitários. Os HU's têm nessa condição o sentido de sua existência. Do ponto de vista técnico, essas instituições foram enquadradas na categoria de Hospitais Gerais ou Especializados. Do ponto de vista do ensino, o fundamento foi o atendimento aos interesses do cumprimento de uma grade curricular pautada no ensino acadêmico devido à sua vinculação a uma instituição de ensino superior.

Isso esteve de acordo com a Portaria Interministerial Mec/MS nº 1.000/2004, que dispôs sobre a certificação dos Hospitais de Ensino, assinada pelo MS e pelo Mec, que estabeleceram os elementos pertinentes ao processo de formação de profissionais da saúde. Segundo Nogueira (2015), ainda em 2004, os dois Ministérios: Educação e Saúde, integraram os hospitais de ensino ao sistema de serviços de saúde por meio da Portaria Interministerial nº 1.006/Mec/MS.

Um dos pilares da missão institucional dos HU's foi o ensino, expresso na formação e capacitação dos profissionais de saúde através do diálogo entre o ensino acadêmico e a prática hospitalar. Nesse sentido, o capítulo seguinte procurou tratar dos processos históricos da fundação e a institucionalização do atual hospital universitário da UFPA, JBB, um hospital cuja fundação atendeu a um caráter inovador para os padrões técnicos-científicos da epidemiologia da tuberculose. A partir de seus fundadores, o hospital desde os seus primórdios, envolveu a pretensão de tornar-se a instituição médica de destaque através da inovação no campo médico amazônico paraense e dentre as organizações de saúde da Região Norte do Brasil.

3 HUIBB: UMA HISTÓRIA DE ORIGEM

Neste capítulo, foram abordados os processos históricos que ocasionaram a criação e a institucionalização do Sanatório Barros Barreto, instituição que foi entendida aqui como a concretização das políticas sanitárias nacionais para o tratamento da tuberculose, decorrentes dos sistemas de tratamento implementados nas instituições existentes na Amazônia. Como ponto culminante nas políticas de saneamento pensadas pelo Estado nacional varguista para a Amazônia, esteve a fundação de um sanatório na área de periferia de Belém, cidade localizada geograficamente na porção oriental da Amazônia. Evidenciou-se, ao longo do capítulo, que as instâncias políticas responsáveis pela elaboração das políticas de saúde estiveram envolvidas com as mudanças dos discursos epidemiológicos e com as inovações técnico-científicas na abordagem e no tratamento da tuberculose.

O governo federal esteve entre os principais atores nas iniciativas acionadas e praticadas na instauração e institucionalização do sanatório, cuja missão institucional transformou-se por décadas, e progressivamente passou-se a manter relações com o ensino acadêmico e a pesquisa científica na área de saúde na região oriental da Amazônia. A partir desses fatores, buscou-se demonstrar os aspectos históricos, políticos e sociais mais expressivos na história dessa instituição.

A estrutura do capítulo teve como fio condutor os diálogos estabelecidos entre os elementos teóricos-metodológicos da história institucional e da história do trabalho hospitalar, e a partir deste último permitiu-se sua construção através da memória do trabalho dos dois trabalhadores dirigentes: um trabalhador da divisão médica e uma trabalhadora da divisão de ensino e pesquisa, cujos registros conformaram a memória institucional e sobre as quais permitiu-se analisar esse processo de atuação social dessa instituição de saúde, entre os anos de 1957 até 1976 na região da Amazônia paraense.

3.1 Políticas sanitárias para o tratamento da tuberculose

A tuberculose é uma doença tão antiga quanto a humanidade. Os primeiros vestígios da tuberculose na história humana datam de 5.000 A.C., em várias regiões do globo terrestre, conforme apontaram testes com carbono 14 nos esqueletos com lesões ósseas causadas pela tuberculose. Rosemberg (1999) assinalou que ao longo da história ministraram-se diversas práticas de cura da tuberculose. No século XIX, os tratamentos no combate à doença chegaram até nós na forma de registros de receitas formuladas, fosse na literatura para a

Dama das Camélias a artistas célebres, como Frédéric Chopin: opiáceos (xaropes e injeções de morfina), ferruginosos, creosoto, pomada de iodeto de potássio nas axilas, sanguessugas, sangria, bálsamo de Peru e musgo da Islândia.

No Brasil imperial, a tuberculose sempre foi um grande problema de saúde pública. De acordo com Rosemberg (1999), a poética brasileira por todo esse tempo até a segunda metade do século XX esteve toda impregnada pela tuberculose, tendo levado à morte precocemente o Imperador D. Pedro I, em 1834, após a abdicação ao trono. Assim, tuberculose seguiu presente no imaginário coletivo como o “mal do século XIX”, passando de quarenta a relação dos poetas vitimados pela tuberculose. Entre os notórios e os menos conhecidos, a imensa maioria faleceu entre os 21 e 35 anos de idade; eram jornalistas, advogados, rábulas, funcionários públicos, todos boêmios, vivendo a noite nos bares, botequins, namorando, bebendo e fazendo versos, fossem eles poetas pré-românticos, românticos, parnasianos ou modernistas.

No final do século XIX, a tuberculose era tão temida quanto o câncer e o enfarte do coração eram nas sociedades hodiernas. Bresciani (1989) apontou que na transição do século XVIII para o século XIX, a tuberculose foi uma doença cuja tendência de crescimento atingiu a escala mundial durante as duas fases da Revolução Industrial. Estimou-se que em 1855, a tuberculose tenha sido a enfermidade responsável por 30% das mortes na Europa industrial, disseminando-se pela Europa, ocasionando grande número de mortes entre os trabalhadores fabris. A concentração populacional nas cidades inglesas de Manchester, Londres e Liverpool ocorreu de forma desordenada, associada às más condições de higiene e à falta de tratamento adequado da água e esgoto. Estes foram fatores muito propícios para que o contágio e as mortes crescessem exponencialmente.

Sobre as condições propícias à disseminação da doença na França, Bresciani (1985) destacou que em 1842 uma comissão do bairro comercial parisiense, Halles, denunciou o êxodo das casas comerciais e moradias burguesas frente à avalanche de pobres e suas moradias para esses bairros. Segundo eles, a sujeira e as sombras substituíam o brilho das grandes casas. A autora mencionou que somente as reformas projetadas e executadas por Haussmann, no Segundo Império, conduziram a expulsão da pobreza, devolvendo à burguesia um espaço “atravessado por largas avenidas bem traçadas, bem pavimentadas e arejadas”. Este método foi utilizado de maneira a controlar as causas das epidemias de cólera na década de 1830; ou seja, utilizando-se da instituição da polícia higiênica com vistas a atuar na busca dos focos de contágio das moléstias epidêmicas de Paris, dentre elas, a tuberculose.

No Brasil, Rosemberg (1999) apontou que a doença se disseminou através da imigração europeia; os primeiros indícios surgiram ainda no século XVIII. O fato é que no século XIX, a tuberculose solidificou-se como um dos *topos* no Romantismo brasileiro, imprimindo-se desde a poesia de Castro Alves, Álvares de Azevedo, Casimiro de Abreu até os contos e folhetins de José de Alencar, figurando como uma doença sempre ligada ao resultado de uma vida boêmia e noturna, ao consumo de absinto e ópio.

Após o final da Monarquia e o início da República no Brasil, Antunes, Waldman e Moraes (2000) destacaram que a tuberculose se consagrou mais ainda como uma história de longa duração no Brasil, interligando-se a intensas significações para os doentes, aos estabelecimentos de saúde e aos programas e profissionais que se dedicaram à profilaxia da enfermidade.

Os autores mencionaram que no início do século XX, a doença esteve presente nas mais luxuosas residências e nos recintos públicos, como teatros e igrejas, ao passo que nos cortiços e ambientes populares, fez-se proliferar no imaginário social a figura dramática do isolamento e a morte solitária nos sanatórios construídos nos arredores da cidade, isto é, nos locais afastados dos centros de efervescência urbana de modo a evitar o contágio.

Com relação aos tratamentos da tuberculose no passar dos séculos, estes mostraram-se inócuos até o final do século XIX, contexto no qual se desenvolveu a microbiologia através dos estudos do químico francês Louis Pasteur e a difusão de instrumentos como o microscópio, necessários à identificação de vírus, fungos e bactérias, seres transmissores de doenças em seres humanos e animais, até então desconhecidos, pois eram invisíveis a olho nu.

Segundo Rosemberg (1999), o agente transmissor da tuberculose, a *Mycobacterium tuberculosis*, bactéria no formato de bacilo, somente foi descoberta em 1882, pelo médico microbiologista alemão Robert Koch, cuja descoberta batizou com seu sobrenome: “bacilo dos tuberculosos” ou “bacilo de Koch”. Robert Koch realizou um trabalho difícil e intenso antes de apresentar os seus resultados aos integrantes da Sociedade Berlinense de Fisiologia, em 24 de março de 1882, resultado que revolucionou as ciências médicas, a microbiologia e a epidemiologia da doença.

Os tratamentos da tuberculose na transição do século XIX para o século XX não causaram a mortandade dos acometidos, que por ironia da história, foi provocada pelo próprio Robert Koch com sua tuberculina. Rosemberg (1999) assinalou que no XI Congresso Médico Internacional realizado em Berlim, em 1890, Robert Koch anunciou ter descoberto uma substância que se difundia nos meios líquidos de cultura do bacilo da tuberculose (chamada

por ele de “linfa”) e seria “capaz de deter o processo tuberculoso nos já infectados, sendo de provavelmente utilidade no tratamento da tísica humana”.

Não tardou para que a euforia internacional causada pela descoberta se transformasse em cruel desencanto, pois as elevadas doses de tuberculina, então usadas, resultou nos doentes infectados intensas reações sistêmicas e graves progressões lesionais, com grandes destruições pulmonares e generalização da doença, levando os pacientes a óbito. Rosemberg (1999) assinalou que a tuberculina seguiu abandonada até 1908, quando Von Pirquet, identificou o seu valor diagnóstico na infecção tuberculosa, sendo hoje uma das mais importantes armas para o estudo da detecção e abordagem da tuberculose.

As introduções das novas técnicas científicas na epidemiologia do combate à tuberculose representaram modificações progressivas nas diretrizes internacionais firmadas no final no século XIX para o combate à doença, cuja herança legada ao século XX estiveram centradas em inovações provocadas pelos sistemas de tratamento advindos de dois modelos de estabelecimentos de saúde: o dispensário e o sanatório. Antunes, Waldman e Moraes (2000) mencionaram que, no primeiro caso, o dispensário dedicava-se à procura dos focos de contágio, à difusão da profilaxia através da divulgação das noções de higiene e à prestação de assistência médica e social aos doentes.

Rosemberg (1999), por sua vez, mencionou que ainda no século XIX surgiu a ideia do tratamento dos pacientes acometidos pela tuberculose em estabelecimentos fechados, onde deviam permanecer internalizados e receber a alimentação adequada. Rosemberg (1999) defendeu que o conceito hospitalocêntrico representado pelo sanatório foi inicialmente considerado um absurdo, por ser a antítese da abordagem médica recomendada durante séculos: o repouso entremeado com exercícios, galopadas a cavalos e outras práticas.

Antes dos dispensários e sanatórios, o atendimento aos tuberculosos até então estivera concentrado nas Santas Casas de Misericórdia, onde não havia lugares reservados para o isolamento dos doentes infectantes. Antunes, Waldman e Moraes (2000) demarcaram que até a década de 1920, em plena vigência do regime republicano no Brasil, as políticas de saúde dirigidas pelo governo federal estiveram voltadas para as doenças de caráter epidêmico, como a varíola, a hanseníase, a peste bubônica e a febre amarela, cujo impacto sobre a população brasileira ameaçavam as políticas de incentivo à imigração europeia.

Crescia o processo de industrialização no Brasil, além da concentração dos trabalhadores fabris, nacionais e imigrantes, nos centros urbanos que, a exemplo de São Paulo, expandiam-se. Foot Hardman e Leonardi (1991) estudaram o exemplo dos trabalhadores das fábricas de vidro, cujas condições de trabalho impactavam diretamente

sobre sua saúde, afinal, uma das técnicas para as produções dos vidros consistiam no uso da técnica de sopro humano na modelação do vidro, método altamente relacionado com o alto índice de tuberculose entre os trabalhadores vidreiros.

Àquela altura, a tuberculose era o tipo de enfermidade que seguia subestimada pelas ações e políticas de saúde da esfera governamental. Antunes, Waldman e Moraes (2000) assinalaram que as primeiras iniciativas voltadas à organização de serviços diferenciados de assistência aos tuberculosos foram movidas no campo da filantropia, e citaram o exemplo da Liga Brasileira contra a Tuberculose, no Rio de Janeiro, e em São Paulo, da Associação Paulista de Sanatórios Populares, depois Liga Paulista contra a Tuberculose, ambas associações criadas pelas elites médicas e intelectuais paulistas.

Com relação a atenção à saúde nas cidades, os debates médicos da época dividiam opiniões no concernente à reinserção urbana dos estabelecimentos de assistência aos tuberculosos, e quanto à dificuldade de atender simultaneamente às demandas das localidades próximas. Por fim, havia a dificuldade provocada pela distância dos núcleos de povoação mais intensa. No Rio de Janeiro, havia o exemplo do Dispensário Central, que por sua localização estava acessível através das linhas de trens e bondes; e além dele, outra instituição era o Dispensário de Botafogo, muito distante do núcleo urbano e, portanto, de difícil acesso.

No alvorecer do século XX, os Dispensários foram as instituições que realizavam sobremaneira a profilaxia da tuberculose, alguns mantinham-se através das ações de filantropia que lhes destinavam rendas obtidas na realização de festas beneficentes, subvenções obtidas nas igrejas, fábricas e escolas, subvenções oficiais, e doações de sócios de associações contra a doença, a exemplo da Liga Brasileira Contra a Tuberculose, criada em 1900. Nascimento (2020) ressaltou que esse foi o caso do Dispensário Azevedo Lima, criado em 1902, e do Dispensário São Cristóvão, criado em 1911, no Rio de Janeiro.

Na década de 1930, o Brasil passou por uma grande crise política com a desestruturação do sistema de governança característico da República das Oligarquias. De acordo com Gomes (2005), em 1930, havia no cenário nacional, diversas alternativas políticas que oscilavam entre correr o enorme risco de optar entre a oligarquia e os grupos políticos de tendência revolucionária. Segundo os discursos das oligarquias, grupos políticos estaduais de tendência revolucionária poderiam precipitar o país em uma situação anárquica.

A Revolução de 1930 foi um movimento que se realizou no contexto de uma verdadeira perda de autoridade dos coronéis e do esgotamento das fórmulas de conciliação política. Ante a ameaça da anarquia, que era profunda, a perda da autoridade dos coronéis foi visualizada como uma autêntica perda do próprio curso da evolução normal do país, como

uma perda de suas tradições de ordem. Gomes (2005) assinalou que a ordem e revolução, tradição e inovação formavam um amálgama cujo objetivo era formar o projeto político do Estado Novo, capaz de surgir em toda a sua dimensão transformadora e conformadora da realidade nacional.

A natureza brasileira estava personificada na imagem de um imenso território povoado de riquezas naturais. Contudo, essa mesma natureza era também desconhecida e inaproveitada pela incúria política de um regime demagógico, característico do liberalismo da República Velha, e desta forma, fazia parte do sentimento revolucionário recuperar a grandeza de nossa realidade natural, e não mais partir de uma tradição contemplativa e segregada do homem brasileiro. O retorno à realidade brasileira seria possibilitado pelo reconhecimento do povo brasileiro, das suas necessidades e potencialidades.

“Restaurar” a sociedade brasileira seria retirá-la do estado da natureza, o que de acordo com Gomes, significava organizá-la pela via do poder político. Tais ações implicavam um “retorno” à própria natureza – às riquezas potenciais e nativas do país – assim como o enfrentamento às mazelas naturais que afligiam o homem e a terra.

Dessa forma, nos anos de 1930, por causa da tuberculose havia uma alta taxa de mortalidade da população devido ao fato de que seu tratamento era difícil, pois havia a falta de estrutura nas instituições de tratamento e o grande número de doentes. Antunes, Waldman e Moraes (2000) assinalaram que, em geral, na completa ausência de sanatórios, eram os dispensários que cumpriam, quase exclusivamente, a função de assistência no combate à tuberculose no país, geralmente prestando assistências maiores diante da total ausência das iniciativas estatais no controle e prevenção da tuberculose no país.

No cotidiano de tratamento à doença, alguns dispensários localizavam-se no coração das principais cidades brasileiras, a exemplo do Rio de Janeiro e São Paulo, dois grandes dispensários públicos nacionais, que abriam ao meio-dia e fechavam às 16 horas, sendo a manhã reservada para a limpeza dos recintos, com a aplicação de uma solução antisséptica sobre o piso. A assistência dos dispensários era preferencialmente destinada aos pobres e as suas atividades abrangiam exames diagnósticos, encaminhamento para consultórios médicos e serviços de enfermagem. Também era usual a assistência social aos doentes necessitados, com o apoio de instituições filantrópicas, como a Cruzada Nacional contra a Tuberculose, fundada em 1921, e a Associação de Socorro aos Tuberculosos, criada em 1925, que distribuíam medicamentos, roupas e alimentos aos doentes.

A partir de 1924, foi nos dispensários que se passaram a aplicar uma técnica cirúrgica coadjuvante ao tratamento antituberculose, o pneumotórax artificial, que consistia em uma

injeção de ar ou substâncias inertes na cavidade pleural, para pressionar o pulmão afetado e diminuir a sua movimentação. Acreditava-se que o repouso mecânico induzido e a consequente redução da atividade pulmonar poderiam proporcionar a morte do bacilo e a consequente cura dos adoecidos.

Antunes, Moraes e Waldman (2000) mencionaram que poucos anos depois, introduziram-se mais um recurso profilático, cuja distribuição também foi difundida pelos dispensários. Tratou-se da vacina BCG (bacilo de Calmette e Guérin), então administrada ao paciente por via oral, começando a ser produzida em 1927 pelo Instituto Vital Brazil⁵³, no Rio de Janeiro⁵⁴. Até então, o Instituto Vital Brazil era a única entidade responsável pelo acesso à vacina antituberculose BCG, descoberta por Albert Calmette e Camille Guérin, na França, e foi destes dois cientistas que Vital Brazil recebeu o teste e as ampolas para o seu laboratório.

Já a fase dos sanatórios estendeu-se por todo o século XX, tornando-se para os pacientes infectados pela tuberculose um campo progressivamente ampliado para a expressão da tuberculose enquanto enfermidade, provocando uma espécie de ressonância às suas alternativas, ora de esperança, ora de desencorajamento e seus dramas. O sanatório representou a instituição cuja essência esteve voltada ao isolamento nosocomial e tratamento continuado; através da combinação destas duas práticas médicas, pretendia-se dificultar a disseminação da enfermidade entre os habitantes das cidades.

Os sanatórios, ao contrário dos dispensários, possuíam na essência de sua criação a mudança da epidemiologia da tuberculose, uma vez que diante do reconhecimento internacional dos efeitos benéficos da altitude sobre a evolução da enfermidade, levaram muitas destas instituições a serem concentradas em áreas montanhosas, como a Serra da Mantiqueira, no Rio de Janeiro, obedecendo a um severo regime disciplinar no manejo da doença.

No estado de São Paulo, o Dr. Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário durante os primeiros anos do século XX, promoveu a instalação de infraestrutura urbana e de transportes nas cidades de São José dos Campos e Campos do Jordão, visando ao recolhimento dos “doentes do peito”. Antunes, Moraes e Waldman (2000) apontaram que nos sanatórios, os internos eram submetidos a um rígido esquema disciplinar, higiene, repouso, alimentação e ar puro, e o acompanhamento médico dos internos podia perdurar por vários anos.

⁵³ De acordo com Honda (2016), o Instituto Vital Brazil foi criado em 3 de junho de 1919, pelo médico Vital Brazil, na cidade mineira da Campanha. Foi sediado na antiga Olaria Santa Rosa na cidade de Niterói, Rio de Janeiro, sob o nome de “Instituto de Higiene, Soroterapia e Veterinária”, responsável pela produção de soros antiofídicos e vacinas.

⁵⁴ Antunes Waldman e Moraes (2000) assinalam que a administração da vacina BCG pressupôs muitas dúvidas em relação à sua eficácia na prevenção da tuberculose.

O autores afirmaram que os sanatórios para doentes de tuberculose são um advento do século XX e perduraram até os anos de 1960, quando começaram a ser superados, como concepção terapêutica e de controle da doença, sendo substituídos pelos tratamentos ambulatoriais. Tal foi a situação ocorrida com o Sanatório Barros Barreto, uma instituição implementada como a solução terapêutica e de controle da tuberculose na Amazônia pelas políticas nacionais do Estado varguista nos anos de 1930, representando uma fração de um conjunto de políticas sanitárias destinadas ao saneamento da Amazônia.

A respeito disso, Andrade (2007) assinalou que a partir de 1930 passou a ser vista como competência do Estado, a integração econômica do país, com o intuito de sedimentar um mercado interno ativo, respeitando a vocação econômica da região. A Amazônia seria aquela dentre as regiões brasileiras que teria a vocação extrativista, vide a herança intensamente marcada pelo extrativismo da borracha, e através dessa contribuição, a Amazônia seria capaz de integrar-se ao conjunto das outras regiões do Brasil para a construção da nação.

O autor mencionou, ainda, que nesse período o médico Vicente Licínio Castro apontou que os dados e censos realizados na Amazônia para doenças e saneamento básicos nos estados eram imprecisos, sem cobrir a região de maneira uniforme, tornando evidente a dificuldade do poder central em tomar conhecimento sobre as condições de vida local. Sobe a questão sanitária, a conjuntura política dos estados do Norte era dinâmica e efervescente, frente à posição assumida pelas oligarquias políticas no apoio à Revolução de 30 e ao governo provisório.

Dessa forma, de acordo com Andrade (2007), a visão que os estados do sudeste constituíram sobre a Amazônia esteve atrelada aos relatos de viajantes no século XIX, que acabaram por solidificar a visão da região como a de um ambiente selvagem, e conseqüentemente, legou essa mesma concepção de Amazônia ao projeto de governo de Getúlio Vargas, que trouxe em seu bojo a culpa ao nomadismo aventureiro característico da ação do homem na vida amazônica, e assim também teriam ocorrido as ações do poder público.

Schweickardt (2011) assinalou que no limiar do século XX, erigir a medicina tropical foi um modo de os países coloniais apropriarem-se dos trópicos, e não somente assegurar a sua presença física. O autor mencionou a citação de Löwy (2006) para exemplificar que a

saúde pública foi, portanto, “um meio de conhecer as pessoas e o seu meio ambiente, e depois controlá-las”⁵⁵.

A categoria doença tropical representou uma nova forma de relação com o ambiente, que ganhou novos significados, em contraste com as noções do pensamento neo-hipocrático do século XIX. A medicina tropical estabeleceu um elo entre as antigas ideias da geografia médica e a parasitologia, promovendo uma ressignificação do ambiente e da natureza.

De acordo com Schweickardt (2011), o clima amazônico passou a ser considerado não como determinante, mas como variável que criava as condições específicas para o surgimento e desenvolvimento das doenças, com possibilidades de causar modificações e transformações nas patologias, conforme observou Carlos Chagas, anos mais tarde, em sua aula inaugural da cadeira de medicina tropical no Rio de Janeiro, em 1926.

A 15ª Expedição da Liverpool School of Tropical Medicine esteve presente na cidade de Manaus em 1905, e de acordo com Schweickardt (2011), teve como pesquisador responsável Wolferstan Thomas. Em seu relatório da expedição à Amazônia, ele sugeriu algumas medidas a serem tomadas pelas autoridades sanitárias, notadamente contra a malária e a tuberculose, as quais podiam ser resumidas em categorias: 1) medidas de tratamento: a) realização de exames de baço (*spleen sensus*) e de sangue periodicamente em crianças para ter-se um censo da malária e da ancilostomose; b) medicação com quinina e timol de toda a criança com baço volumosos ou ancilostomose; c) fiscalização da quinina e oficial nas escolas e localidades pobres, para que não fosse vendida; 2) medidas preventivas e propagandas: a) divulgação das informações sobre malária, ancilostomose e tuberculose; b) a informação em forma de pôster, nas escolas sobre os fatos da malária, anofelinos, febre amarela, ancilostomose e tuberculose.

Entre 1933 e 1934, o governo de Getúlio Vargas propôs-se ao enfrentamento da questão amazônica, cuja visão construída sob o seu governo mantinha a região enquanto a terra “indomada”, englobando desde a natureza, mas, também aos trabalhadores habitantes. Andrade (2007) assinalou que neste trabalho de “domesticação”, o saneamento ocuparia um espaço importante, se não principal, pois estaria provado que os cuidados médicos significariam a “redenção” destes habitantes, que sadios trariam benefícios ao desenvolvimento da região.

⁵⁵ Schweickardt assinalou que Löwy (2006) explicitou que analisar essa conjuntura não representou algo simples quando se trata de países como o Brasil, que possuía instituições de pesquisa já consolidadas e cientistas que participavam da rede internacional de pesquisas no início do século XX. As expedições da Liverpool School à Amazônia, por exemplo, demonstram que essa troca de conhecimentos e serviços efetivamente ocorreu na prática, quando os cientistas estrangeiros tanto colaboraram com as políticas públicas como compartilharam das instituições médicas locais. Sobre isso ver: Schweickardt (2011).

Outro aspecto importante mencionado por Andrade (2007) foi a crença na medicina “oficial” e a ausência da citação às práticas de cura exclusivamente populares desenvolvidas pelas populações indígenas, negras, caboclas ou mestiças ao longo de séculos, uma vez que neste contexto de afirmação da medicina “oficial” e da profissão médica, muitas destas práticas seriam consideradas falsas e charlatãs.

Andrade (2007) assinalou que em 1934, Gustavo Capanema assumiu a direção do Ministério da Educação e Saúde (Mes), iniciando o gradual processo de estruturação do ministério através da lei n. 378, que de acordo com o autor, trazia de forma implícita estratégias que tornassem possíveis ações coordenadas e centralizadas, com o objetivo de ampliar a abrangência do poder público em todo o território nacional. A lei modificou o ministério, alterando o seu nome para Ministério da Educação e Saúde (Mes), e estruturando o território nacional em oito regiões, contando cada uma delas com uma Delegacia Federal de Saúde.

No enfrentamento às endemias, o Mes estabeleceu como alvo doenças como a hanseníase (lepra) e a malária, os dois principais padecimentos das populações amazônicas. Segundo Andrade (2007), a lepra, por exemplo, era vista como a “doença que nos avilta aos olhos do mundo civilizado e que incapacita para o trabalho milhares de brasileiros”, e somente o Estado do Pará teria cerca de 4.000 doentes de lepra, e destes apenas 555 estariam isolados, e um percentual de 50% destes portariam a forma contagiante da doença. Andrade assinalou que a malária também era vista como obstáculo ao crescimento das populações amazônicas, tendo sido diagnosticado pelo Ministério que Estado do Pará tinha o:

impaludismo intensamente invadido, e nada escapando pelo seu vasto território, desde Bragança a Belém, de Igarapé-Mirim a Cametá, de Mocajuba e Bicão a Alcobaça, até aos pontos extremos do estado. Na Ilha de Marajó devem ser apontados Chaves, Afuá, Anajás, Soure. Os vales do Tocantins, do Oiapoque, do Tapajós, [...], merecem especial atenção.

Com relação ao enfrentamento da tuberculose, essa enfermidade somente conheceria as suas políticas de profilaxia a partir de 1937, no contexto do Estado Novo, pois o Estado ditatorial de oito anos tornou-se centralizado, e suas ações tornaram-se potencialmente mais viáveis na área de saúde pública, visto que passaram a manter o caráter nacional. Com a criação das Delegacias Federais de Saúde, em 1937, a 2.^a Delegacia compreendia a região delimitada pelo território do Acre, Amazonas e Pará, e era responsável por administrar os Centros de Saúde, as unidades de saúde que mantinham pequeno laboratório e serviço de visitadoras para as seguintes atividades: a) tuberculose (tisiólogos), higiene da criança

(pediatra), pré-natal (parteira), doenças transmissíveis agudas (epidemiologista, médico sanitарista), saneamento e polícia sanitária (médico sanitарista ou engenheiro sanitário).

Segundo Andrade (2007), dentro desses preceitos copiados dos modelos de saneamento e saúde da experiência norte-americana, o sanitарista João de Barros Barreto apontou que na 2.^a Delegacia Federal de Saúde havia apenas um Centro de Saúde, localizado na cidade de Manaus, e outro ainda em construção, em Belém. Aponta-se que este centro de saúde ainda em construção em Belém fosse o lançamento do projeto de construção do futuro Sanatório Barros Barreto.

3.2 Sistemas de tratamento nas outras instituições

Schweickardt (2011) assinalou que no ano de 1900 partiu de Liverpool a terceira viagem da Expedição da Liverpool School of Tropical Medicine, chefiada por Herbert Durham e Walter Myers. O autor assinalou que os cientistas partiram da Inglaterra rumo aos Estados Unidos e posteriormente a Cuba, onde as pesquisas sobre a febre amarela podem ser atribuídas a Carlos Juan Finlay, que em 1881 já havia formulado a hipótese do mosquito como o agente transmissor da doença. O autor reafirmou que essa expedição chegou à cidade de Belém no dia 24 de agosto de 1900, onde contou com o apoio do governador José Paes de Carvalho, que colocou o Laboratório de Análises Químicas e de Bacteriologia do Serviço Sanitário e o Hospital Domingos Freire à disposição da comissão inglesa.

O autor mencionou que, àquela altura, o Hospital Domingos Freire mantinha o seu atendimento exclusivamente dedicado à internação dos pacientes de febre amarela, tendo realizado, por ironia do destino, o atendimento dos próprios pesquisadores da expedição, que após cinco meses na cidade, acabaram por contrair a doença que estudavam: Myers, com 28 anos, faleceu depois de cinco dias de internação no Hospital Domingos Freire.

De toda forma, mencionou-se o caso acima para introduzir a compreensão de que no Estado do Pará, segundo apontaram Miranda, Abreu Junior (2014), o Hospital Domingos Freire era a instituição criada através da Lei Estadual nº 203, de 26 de junho de 1894, sob a iniciativa da Câmara dos Deputados, para atuar enquanto Hospital construído para o isolamento e o tratamento dos doentes acometidos de febre amarela ou “*póllux*”, doença endêmica na região amazônica desde 1851.

Em sua história, o Hospital de Isolamento Domingos Freire teve suas obras concluídas em 1899, sendo entregue à Inspetoria de Higiene do Estado, e ao governador, Dr. José Paes de

Carvalho, que o colocou sob a administração da Santa Casa de Misericórdia, destinando-o exclusivamente ao atendimento dos pacientes acometidos pela febre amarela.

O Hospital Domingos Freire atendeu a diferentes clientelas, além da febre amarela, uma vez que esta não era a única enfermidade endêmica no Pará. O projeto de Hospital de Isolamento, contemplou entre estes, edifícios especiais para pacientes com varíola, febre amarela, febre tifoide, difteria e tuberculose, além de prédios para a administração, para residência dos médicos, para a observação de casos suspeitos, para convalescentes, farmácia, desinfetório, lavanderia, necrotério etc.

Nas duas primeiras décadas do século XX, o Estado do Pará encontrava-se assolado por surtos e epidemias, havendo espaço para internação de casos de febre tifoide, impaludismo (malária), varíola e tuberculose. Os autores acima mencionados afirmaram que, em 1905, o governador do Estado, Augusto Montenegro, autorizou que o Hospital Domingos Freire voltasse a sua assistência hospitalar parcialmente aos pacientes acometidos pela tuberculose, pois no período houve um recrudescimento da febre amarela mediante as ações dos sanitaristas, como Oswaldo Cruz, no combate e profilaxia da doença, a ponto de a doença conhecer a sua erradicação no núcleo urbano de Belém somente em 1911.

De acordo com o planejamento inicial do Hospital de Isolamento Domingos Freire, as construções chegariam até o Largo de São Brás, tamanha magnitude da necessidade de atendimento às doenças infectocontagiosas demandada pela população.

A partir de 1914, os autores mencionaram que o Hospital Domingos Freire foi readaptado para a assistência exclusiva dos doentes acometidos pela tuberculose, adotando na epidemiologia da enfermidade, o isolamento dos pacientes, permanecendo nesta função até a desinstalação do hospital. Simultaneamente, a epidemia da tuberculose crescia exponencialmente no Pará, em ritmo inversamente proporcional às capacidades do Hospital Domingos Freire, em receber e prestar assistência aos adoecidos pela enfermidade. E nisso, sofrendo as ações do tempo, as instalações do hospital tornaram-se progressivamente velhas e inadequadas, pouco arejadas, e insalubres para um hospital voltado para a tuberculose.

Antunes, Waldman e Moraes (2000) demarcaram que o funcionamento dos dispensários nas principais cidades brasileiras teve a sua contrapartida na instalação dos sanatórios, recurso no qual investiu-se grande expectativa para a cura dos doentes acometidos pela tuberculose. A mudança na abordagem e tratamento da tuberculose mantinha em sua essência a expectativa de reduzir o contágio através da hospitalização, que possibilitaria melhorar a alimentação e amplificar os efeitos de um acompanhamento médico prolongado necessários à doença.

A construção do Hospital de Isolamento Domingos Freire, de acordo com Miranda, Abreu Junior (2019) ocorreu em local afastado do perímetro urbano central da cidade, conforme os preceitos dos higienistas naquele período, mas, que ficava às proximidades do cemitério Santa Izabel, na travessa Barão de Mamoré, paralela à travessa José Bonifácio, o que operacionalmente, poderia ser considerado como fator positivo em razão dos elevados índices de mortalidade da febre amarela.

Como a febre amarela não era a única endemia no Pará, os autores assinalaram que o hospital de isolamento atendia a diferentes clientela, ao sabor das epidemias e dos surtos que acometeram o estado na primeira década do século XX, sendo internados casos de febre tifoide, malária, varíola e tuberculose. Miranda e Abreu Junior, (2019) apontaram que, além do Hospital Domingos Freire e sua capacidade para 51 leitos, havia na cidade de Belém outro hospital destinado à internação de pacientes portadores de varíola: o Hospital São Sebastião, com 88 leitos, que recebia pacientes de ambos os sexos.

Naquela época, no mesmo terreno onde mais tarde fora construído o Sanatório de Belém, haviam sido construídos esses dois hospitais destinados à internação de pacientes portadores de tuberculose, o Hospital Domingos Freire, com 51 leitos, e o Hospital São Sebastião, com 88 leitos, que recebiam pacientes de ambos os sexos (História do HUIBB, 1990, p. 2).

O Hospital Domingos Freire, com seus 51 leitos, era dividido em duas enfermarias de 16 leitos para indigentes, duas enfermarias de seis leitos para pensionistas, duas enfermarias de três leitos para pensionistas e um quarto especial de um leito para pensionistas, o que de acordo com os autores, não era suficiente para atender à demanda dos pacientes (História do HUIBB, 1990, p. 2).

O Hospital São Sebastião possuía 88 leitos distribuídos em duas enfermarias de 24 leitos e duas enfermarias com 20 leitos, todos eles reservados para os pacientes indigentes. Tanto o Hospital Domingos Freire quanto o Hospital São Sebastião eram de construção muito antiga, e a título de exemplo da situação de precariedade da instituição, o São Sebastião era construído totalmente em madeira, tendo sido construído inicialmente para o isolamento de pacientes de varíola e febre amarela (História do HUIBB, 1990, p. 2).

Miranda e Abreu Junior (2019) assinalaram que, em relatório de 1901, redigido pelo Dr. Pontes de Carvalho, diretor do Hospital Domingos Freire, informou que o movimento da instituição no ano de 1901, diminuía em função da queda nas internações por febre amarela. A Santa Casa de Misericórdia, responsável pela administração do hospital, determinou sua utilização para o atendimento de pacientes acometidos pela peste bubônica.

Os dois autores mencionaram que independentemente do tipo de enfermidade, os pacientes chegavam ao Hospital Domingos Freire em estado grave. Em 1905, o hospital voltou-se para o atendimento da tuberculose. Em 1914, tinha como seu diretor o Dr. Américo Campos, quando passou a ser readaptado para o isolamento de pacientes acometidos pela tuberculose, permanecendo nesta função até seu desaparecimento.

Alguns anos depois cresceram as necessidades de leitos para a internação dos pacientes de tuberculose no Hospital Domingos Freire, dado que o seu tamanho, relativamente pequeno, assim como a escassez de recursos, impossibilitavam a instituição em realizar a atenção à saúde de maneira eficiente, visto que no ano de 1934 a tuberculose continuava a representar o problema sanitário de número um do País.

Através da demonstração epidemiológica, constatava-se que a doença ainda possuía alta taxa de mortalidade, que alcançava 500/600/100.000 habitantes, em algumas capitais brasileiras. Em contraponto, o esquema de luta contra a doença vigente até então baseava-se nos dispensários dinâmicos, que não contavam com boa retaguarda diante do permanente déficit da relação de leitos/demanda (Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto, 1976, p. 1).

Nessa época, o Estado do Pará possuía apenas 139 leitos para a hospitalização de pacientes de tuberculose, sendo 51 no Hospital Domingos Freire e 88 leitos no Hospital São Sebastião, que permaneciam constantemente lotados (História do HUIBB, 1990, p. 2).

Miranda e Abreu Junior (2014) ressaltaram que na década de 1940, o Hospital Domingos Freire era um hospital bastante ultrapassado, sendo descrito nos jornais como sendo velho e inadequado, faltando aos pacientes a alimentação e medicamentos básicos, além da obsolescência do material cirúrgico; não havia sala de operações e o único aparelho de pneumotórax ali instalado estava alocado em um antigo quarto para pensionistas, na falta de local adequado.

De acordo com os relatos do Dr. Antônio de Oliveira Lobão, tanto o Hospital Domingos Freire quanto o Hospital São Sebastião eram de construção muito antiga, sendo considerados apenas pavilhões isolados de um mesmo hospital, uma vez que possuíam um único diretor, um mesmo corpo clínico e, finalmente, uma só tabela orçamentária, que englobava ainda um outro pavilhão destinado ao isolamento de outras doenças infectocontagiosas. Os dois hospitais compartilhavam o gabinete de Raio-X, o laboratório, a farmácia e a sala de cirurgia, que estavam alocados no Hospital Domingos Freire (História do HUIBB, 1990, p. 2).

Figura 1– O Hospital de Isolamento Domingos Freire



Fonte: Miranda; Abreu Junior (2014, p. 5).

O Dr. Antônio de Oliveira Lobão, médico especialista em Tisiologia e Pneumologia, professor da disciplina Doenças Tropicais da Universidade Federal do Pará, entre 1951 e 1986, relatou que o Sanatório de Belém fazia parte de um programa de construção de leitos para a hospitalização de doentes de tuberculose, haja vista que todos sentiam a necessidade importante de um maior número de leitos para o atendimento do momento epidemiológico que o Estado do Pará atravessava, com mais de 800 óbitos anuais, correspondendo a coeficientes de mortalidade acima de 400 por 10.000 habitantes (História do HUIBB, 1990, p. 2).

Reiterou-se aqui as narrativas do Dr. Antônio de Oliveira Lobão, que reafirmaram que os hospitais “Domingos Freire” e “São Sebastião” eram considerados apenas pavilhões isolados de um mesmo hospital, uma vez que possuíam um único diretor, um mesmo corpo clínico, e finalmente uma só tabela orçamentária, que englobava um outro pavilhão destinado ao isolamento de outras doenças infectocontagiosas (Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto (1976, p. 3). Os dois hospitais compartilhavam o mesmo gabinete de Raio-X, o laboratório, a farmácia e a sala de cirurgia, e todas estas dependências estavam alocadas no Hospital Domingos Freire (Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto, 1976, p. 4).

Segundo os relatos do Dr. Antônio de Oliveira Lobão, os dois hospitais viviam sempre lotados, predominando no perfil de pacientes atendidos as formas muito avançadas de tuberculose (História do HUIBB, 1990, p. 2). De acordo com o diretor, muitas vezes, devido à

grande dificuldade de leitos, tornava-se necessária a colocação de camas extras no meio das enfermarias, a fim de atender casos de urgência vindos do interior do Estado do Pará (História do HUIBB, 1990, p. 3).

De acordo com os relatos do Dr. Antônio Lobão, mencionados no documento acima citado, somente por volta de 1952 já se começava a sentir a acentuação de queda da mortalidade por tuberculose em todo o mundo, e que também foi observada no Brasil, em decorrência, além de outros fatores, do emprego dos tuberculostáticos então disponíveis. Todavia, o número de óbitos no Pará ainda se mantinha bastante elevado, atingindo cerca de 600 óbitos anuais, com o coeficiente de mortalidade de 250 por 100 mil habitantes (História do HUIBB, 1990, p. 3).

A situação mantinha-se difícil, haja vista que um dos hospitais de retaguarda contra a tuberculose, o Hospital São Sebastião, que prestava serviços estratégicos à Luta Antituberculose no Estado, e dada às características de sua construção de madeira, apresentava condições precárias para as hospitalizações (História do HUIBB, 1990, p. 3). De acordo com Costa (2019), o Hospital São Sebastião foi construído para o atendimento dos acometidos pela varíola, funcionando na forma de um “hospital-barraca”, visto que o seu acabamento era feito em madeira e localizado distante a 130 metros do Hospital Domingos Freire.

Costa assinalou que o Hospital São Sebastião foi finalizado em três meses, e apresentava três corpos independentes que se ligavam através de varandas, características dos modelos dos hospitais-barraca, que consistiam em construções que aparentavam ser construções simplistas, apresentadas pelos defensores que consideravam ser o espaço ideal, pois, após o encerramento das epidemias, poderiam ser facilmente demolidos. Abreu Junior (2018) assinalou que, embora tivesse caráter provisório, o Hospital São Sebastião nunca foi levado em conta, sendo demolido somente em 1959, quando já encontrava-se mais do que obsoleto.

Figura 2— O Hospital São Sebastião, 1902



Fonte: Costa (2019, p. 61).

De acordo com as narrativas do Dr. Lobão, nos fins do ano de 1952, o Hospital São Sebastião teve sua lotação reduzida para 20 leitos, tendo sido efetuada a transferência de 85 pacientes para o Hospital São Roque, que de acordo com ele, deixou de ter a sua destinação específica de outras doenças transmissíveis para receber os acometidos de tuberculose (História do HUIBB, 1990, p. 3).

Por outro lado, Costa (2019) assinalou que o Hospital São Roque foi construído no terreno próximo ao Hospital Domingos Freire, para funcionar como o hospital colocado a cargo do tratamento da gripe espanhola, que adentrou Belém, a partir de 5 de outubro de 1918 a bordo do vapor Ceará, e, durante três meses, atingiu devastadoramente a população paraense, contabilizando o total de 575 óbitos⁵⁶. Abreu Junior (2018) corroborou as análises de Costa, demonstrando que os Hospitais São Roque e São Sebastião eram ambos hospitais de madeira, tipo hospitais de campanha, com capacidade para o atendimento de 80 leitos, respectivamente, sendo que o São Sebastião funcionou em um edifício alugado.

⁵⁶ De acordo com Miranda (2010), o Hospital São Roque consistia também no mesmo nome de uma enfermaria, que em conjunto com mais duas, denominadas de Santa Clara e Santo Ivo, formavam o Hospital da Ordem Terceira de São Francisco da Penitência, inaugurado na província do Pará ainda na época da monarquia, em 24 de junho de 1864.

Figura 3– O Hospital São Roque, 1939



Fonte: Costa (2019, p. 61).

Sendo assim, em 1952, a distribuição de leitos no Pará contava com um total de 180 leitos destinados à hospitalização dos pacientes de tuberculose, divididos do seguinte modo: Hospital São Roque, com 85 leitos; Hospital Domingos Freire, com 75 leitos; e o Hospital São Sebastião, com 20 leitos (História do HUIBB, 1990, p. 3). Diante da redução da lotação do Hospital São Sebastião para apenas 20 leitos, foram transferidos 85 pacientes para o Hospital São Roque, que deixou de ter a sua destinação específica de outras doenças transmissíveis para receber pacientes de tuberculose (História do HUIBB, 1990, p. 3).

Augusto (2022) assinalou que em 1902, o governador Augusto Montenegro considerou em reutilizar as instalações da antiga Hospedaria dos Imigrantes da Ilha de Caratateua – também denominada de Ilha do Outeiro – para convertê-las na construção de um hospital para os doentes de tuberculose, visto que neste ano o governador deu por suspenso em definitivo o programa de imigração estrangeira para o Estado. De acordo com a autora, o governador Augusto Montenegro informou sobre esse projeto ao legislativo e ficara aguardando um parecer técnico para confirmar se o edifício da antiga hospedaria poderia ser adaptado para esse fim.

De todo modo, os relatos do Dr. Antônio de Oliveira Lobão assinalaram que a situação das estruturas voltadas à saúde no Estado no Pará na década de 1950 era marcada pela superlotação desses hospitais, excedendo muito a sua capacidade normal, sendo mais do que nunca almejados a conclusão e o funcionamento do Sanatório de Belém (História do HUIBB, 1990, p. 3), história que se contará no subtópico seguinte.

3.3 Sanatório Barros Barreto: criação e institucionalização

A Reforma Gustavo Capanema ganhou essa nomenclatura a partir de 26 de julho de 1936, quando Gustavo Capanema assumiu a direção do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). De acordo com Andrade (2007), Capanema alertou para a urgência da reorganização do Ministério, possuindo enquanto principais orientações, a expansão dos serviços públicos de saúde para as diferentes regiões do país. Através da lei n. 387, de janeiro de 1937, se trouxe, de forma implícita, estratégias que tornassem possíveis ações coordenadas e centralizadas, com o fito de ampliar a abrangência do poder público em todo o território nacional.

Esta lei afetou o Mesp, transformando o seu nome para Mes. O autor acima mencionado assinalou que para efeitos administrativos, o território nacional foi dividido em oito regiões, contando cada unidade com uma Delegacia Federal de Saúde, e estas delegacias tinham como função supervisionar as atividades necessárias, realizando uma ponte entre a União e os locais de saúde pública e assistência médica e social, além das inspeções dos serviços federais. A Reforma Capanema estava alinhada às orientações centralizadoras do governo federal, estabelecendo hierarquias de comando e dando o ponto de partida a um intenso processo de normatização da saúde pública.

Esses atos administrativos não representaram mudanças imediatas nas condições de saúde das localidades mais afastadas. Na Amazônia, a população estava sendo assolada por endemias de malária e hanseníase (lepra), e os médicos conselheiros do ministério alertavam ser estas endemias estorvos ao desenvolvimento do país, visto que os surtos de malária e hanseníase foram vistos como obstáculo ao crescimento das populações localizadas geograficamente distantes das capitais.

Em 1937, ocorreu a criação das Delegacias Federais de Saúde e fazendo da região delimitada pelo território do Acre, Amazonas e Pará, englobadas pela 2ª Delegacia, o alvo da normatização de unidades que funcionariam como os Centros de Saúde. A proposta do Dr. João de Barros Barreto Filho, diretor do Departamento Nacional de Saúde, propunha em relatório de 1938, que em cada unidade sanitária mantivesse-se, no mínimo, além de pequeno laboratório, o serviço de visitadoras para as seguintes atividades: Tuberculose (tisiólogos), higiene da criança (pediatra), pré-natal (parteiro), doenças transmissíveis agudas (epidemiologista, médico sanitaria), saneamento e polícia sanitária (médico sanitaria ou engenheiro sanitário), higiene do trabalho e da alimentação (médico sanitaria).

Figura 4— Distribuição das Delegacias Federais de Saúde em 1937



Fonte: Andrade (2007, p. 85).

A partir de 1938, o Departamento Nacional de Saúde (DNS), principal órgão formulador e executor das políticas de saúde e saneamento da época no âmbito do Ministério da Educação e Saúde, organizou em vários estados do Brasil, a formação e a capacitação de recursos humanos para a saúde, organizando em vários estados do Brasil, cursos de saúde pública de caráter rápido e intensivo. Em 1941, de acordo com Lima e Pinto (2003) no âmbito do Mes, o DNS incorporou vários serviços de combate a endemias. Em sua composição, compreendiam-se os serviços nacionais de: tuberculose; peste; malária (unificando os serviços regionais); hanseníase; câncer; doenças mentais.

Em 1940, Djalma Batista, reconhecido médico amazonense que presidia a Liga Amazonense Anti-Tuberculose, solicitou auxílio financeiro do governo varguista, através da Secretaria da Presidência da República, em uma missiva contundente, que alertava que dentre os problemas sanitários que mais o inquietavam, avultavam o da peste branca, mais sério talvez nos confins do Amazonas. Ele apontava que na cidade de Manaus havia corporações, como a Polícia Militar, em que a incidência de tuberculose era de 30%. De acordo com Batista (Batista, 1940 *apud* Andrade, 2007, p.69):

A mortalidade é assustadora: o obituário registra números aproximados para a fimatose e o paludismo, e é, proporcionalmente mais elevado, - quanto à primeira, que o do Rio, - constatando-se, em média, a morte de um tuberculoso por dia. Isso na capital. No interior, empobrecido e desvalido de assistência médica, é forçosamente larga a seara da doença de Koch [tuberculose], nas suas associações à Malária, à Lepra, e às verminoses [...].

Segundo Andrade (2007), ao longo de sua carreira, Djalma Batista escreveu diversos estudos sobre a história da região amazônica, e a partir disso pôde-se compreender o caráter “heroico” da correspondência remetida do governo federal. Em resposta à missiva, a Secretaria da Presidência da República divulgou que nada poderia fazer, mas, de acordo com Andrade, as boas relações entre o sanitarista Evandro Chagas com Getúlio Vargas e Gustavo Capanema propiciaram a continuação dos estudos sobre as endemias na região amazônica.

No ano de 1934, a tuberculose representava o problema sanitário de número 1 (um) no Brasil, conforme sugeriu a demonstração epidemiológica de alta morbidade, com mortalidade que alcançava até 500, 600, 100.000 habitantes em algumas capitais brasileiras (Hospital Barros Barreto: histórico do Hospital, 1976, p. 3). De acordo com os relatos do histórico mencionado acima, no país o esquema de luta então vigente era baseado nos Dispensários dinâmicos, que não contavam com a retaguarda necessária diante do permanente déficit da relação entre leitos/demanda.

Nesse contexto, a ideia para a criação dos sanatórios, isto é, os hospitais especializados no tratamento da tuberculose surgiram no governo ditatorial do Estado Novo de Getúlio Vargas, um período inaugurado em 10 de novembro de 1937 que se estendeu por oito anos. Andrade (2007) assinalou que no contexto da Reforma Capanema, as ações governamentais partiram de um poder centralizado e de abrangência nacional, que na área da saúde tornaram-se potencialmente viáveis com a criação das Delegacias Federais da Saúde, em 1937, e fazendo a região delimitada pelo território do Acre, Amazonas e Pará compreenderem a 2ª Delegacia, que de acordo com o autor, foi onde ocorreu a normatização dos Centros de Saúde.

O professor e médico João de Barros Barreto realizou o estudo da situação e mostrou a necessidade de reforços à retaguarda da luta através da construção de (7) grandes e (11) pequenos sanatórios nas diversas capitais brasileiras, tendo a distribuição baseada pelos indicadores da época, que recomendavam a necessidade de um leito por óbito (Hospital Barros Barreto: histórico do Hospital, 1976, p. 3). De acordo com o relatório do professor, médico e sanitarista João de Barros Barreto Filho, intitulado “Saúde Pública no Brasil” publicado na revista *Arquivos de Higiene*, em 1938, o sistema de saúde coletiva no país deveria ser estruturado da seguinte forma:

vem de unidade sanitária que tiver, no mínimo, além de pequeno laboratório e serviço de visitadoras as seguintes atividades: Tuberculose (tisiólogos), higiene da criança (pediatra), pré-natal (parteiro), doenças transmissíveis agudas (epidemiologista, médico sanitário), saneamento e polícia sanitária (médico sanitário ou engenheiro sanitário), higiene do trabalho e da alimentação (médico sanitário).

Em 1937, foram destinados 7.200 contos, 8.600 em 1938 e 7.000 em 1939 para a realização destas sete obras, cujas verbas originaram-se do setor de Obras e Equipamentos, Setor de Organização e Administração Sanitária do Departamento Nacional de Saúde (Hospital Barros Barreto: histórico do Hospital, 1976, p. 3).

A construção dos sanatórios estava prevista nas seguintes capitais: dois sanatórios com 600 leitos em Porto Alegre; dois sanatórios de 350 leitos e um de 150 em São Paulo; três sanatórios de 600 leitos em Niterói e Fortaleza; e um sanatório de 600 leitos em Belém (Hospital Barros Barreto: histórico do Hospital, 1976, p. 3). O documento acima mencionou os recursos que foram então destinados: 7.200 contos, em 1937, e 8.600 contos, em 1939, para a realização destas sete obras com o orçamento do setor de Obras e Equipamentos, Setor de Organização e Administração, ambos do DNS.

Em 1934, no Estado do Pará, a cobertura de saúde passava por uma situação de colapso, com um total de 180 leitos destinados à hospitalização de pacientes acometidos pela tuberculose, distribuídos do seguinte modo: Hospital São Roque, com 85 leitos; Hospital São Sebastião, com 88 leitos; e Hospital Domingos Freire, com seus 51 leitos, cuja situação de estagnação e de isolamento acrescentou força à necessidade de criação de um hospital no Estado, voltado exclusivamente para o tratamento dos doentes de tuberculose. Essa demanda interna de hospitalização dos doentes de tuberculose oferecida pelo Estado do Pará ofereceu impulso aos estudos epidemiológicos que vinham sendo realizados a nível nacional pelo sanitário dr. João de Barros Barreto Filho, que após um balanço da situação da tuberculose no país apresentou como conclusão dos seus estudos a necessidade de reforços na retaguarda da luta através da construção de sete grandes e onze pequenos sanatórios em diversas capitais brasileiras (Hospital Barros Barreto: histórico do Hospital, 1976, p. 3).

João de Barros Barreto Filho⁵⁷, médico, professor e sanitário formado no Instituto Oswaldo Cruz, em 1918, possuía em sua carreira longa trajetória no estudo e serviços de

⁵⁷ O perfil biográfico do Dr. João de Barros Barreto Filho está na Academia Nacional de Medicina (ANM) como nascido no dia 14 de dezembro de 1890, no Rio de Janeiro, filho do Dr. João de Barros Barreto e de D. Maria da Glória Araújo Lima de Barros Barreto. Doutorou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1912. Além do Instituto Oswaldo Cruz, ele fez curso de aperfeiçoamento também na Johns Hopkins School of Hygiene

higiene e combate às doenças nas grandes cidades. Barros Barreto Filho havia ocupado diversos cargos técnicos em diversos estados brasileiros, como chefe do Laboratório do Serviço de Clínica Médica da Policlínica do Rio de Janeiro, inspetor sanitário da Diretoria de Higiene do Estado do Rio de Janeiro, diretor do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo.

De acordo com Hijjar *et al.* (2007), a Reforma Barros Barreto na área da saúde no Brasil de 1930 levou seu nome em homenagem, devido aos múltiplos aspectos da administração sanitária serem focalizados, com destaque para as doenças transmissíveis e a criação de entidades executivas de ação direta. Por volta de 1930, ele foi nomeado o diretor do Departamento Nacional de Saúde do governo Getúlio Vargas. Ele chamou a atenção para a situação deficitária de leitos nos hospitais para tratamento dos doentes de tuberculose, e em relação à demanda, ele propôs a construção dos sete sanatórios de grande porte e onze de pequeno porte nas diversas capitais brasileiras, cuja distribuição dos hospitais foi baseada nos indicadores frutos dos relatórios de Saúde Pública feitos pelo Dr. João de Barros Barreto Filho, que recomendavam a necessidade de um leito por cada óbito de habitante (Hospital Barros Barreto: histórico do Hospital, 1976, p. 3).

O Sanatório de Tuberculose de Belém fazia parte de uma série de construções públicas no Pará, autorizadas pelo presidente Getúlio Vargas. Miranda e Abreu Junior (2019) assinalaram que a Divisão de Obras do então Ministério da Educação e Saúde atuou entre 1934 e 1977, na construção de 13 a 19 sanatórios nesse período, todos distribuídos por todos os estados da federação, sendo esse departamento o responsável pelos projetos, especificações e orçamentos, execução e fiscalização das obras. A fonte “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976, p.2) foi o documento que narrou esse processo da maneira detalhada abaixo:

O Sanatório de Belém teve então sua pedra fundamental lançada em 1934 com início da construção em 1937. Erguidas já todas as suas estruturas de alvenaria e concreto pelas alas laterais e andar térreo da central, foram as obras interrompidas em 1942, por falta de recursos em vista do governo do Estado não ter condições de assumir todos os encargos conforme determinara antes a diretriz firmada com o advento do Estado Novo.

A data do lançamento da pedra fundamental do Sanatório de Belém apresentou controvérsias suscitadas pelas fontes consultadas. O “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976) destacou no trecho da fonte acima citado que o lançamento da pedra fundamental datou do ano de 1934, tendo as construções de alvenaria sido iniciadas somente

no ano de 1938. Enquanto isso, na “História do HUIBB” (1990), isto é, um documento construído a partir das memórias do seu primeiro diretor, o Dr. Antônio de Oliveira Lobão, narrou que o lançamento da pedra fundamental ocorreu em 1938, tendo o início das construções ocorrido somente no ano de 1940.

A pedra fundamental do Sanatório de Belém foi lançada em 1938, tendo suas obras sido iniciadas, dois anos depois (1940) pelo Departamento Nacional de Saúde, através da Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde e pela Verba de Obras e Equipamentos.

De acordo com o trecho da fonte citada, reiterou-se que o lançamento da pedra fundamental do Sanatório de Belém, segundo o Dr. Antônio de Oliveira Lobão, seu primeiro diretor, ocorreu em 1938, tendo suas obras iniciadas dois anos depois, em 1940, através da ação do Departamento Nacional de Saúde, por meio da Divisão de Obras do Ministério da Educação e Saúde e pelos recursos da Verba de Obras e Equipamentos.

As informações sobre a fundação do Sanatório tornaram-se ainda mais controversas quando confrontadas com as narrativas do *O Liberal*, jornal belemense onde se afirmou que a pedra fundamental do Sanatório foi lançada em 1939, tendo após a fase de obras, a atividade hospitalar começado a funcionar somente a 1959, de modo parcial. Daí porque se optou pela conclusão das obras do Sanatório “Barros Barreto”, iniciado em 1939 e posto a funcionar parcialmente em 1959⁵⁸.

De acordo com Miranda e Abreu Junior (2019), em agosto de 1938, o Dr. João de Barros Barreto Filho, então diretor do Departamento Nacional de Saúde, esteve em Belém a caminho de um congresso internacional, e durante a sua estadia, ele visitou o leprosário de Marituba. Os autores mencionados acima argumentaram que durante a visita dele a Belém não houve nenhuma notícia relacionada à construção do sanatório.

Nesta perspectiva, os boletins epidemiológicos do Dr. João de Barros Barreto Filho no campo da higiene e saúde coletiva contribuíram muito para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde pública no Brasil nas décadas de 1930 a 1950, assim como para a difusão da cultura sanitária brasileira, sendo ele distinguido e homenageado pela Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde por esse feito, merecendo lugar de destaque entre os quadros de membros de honra dessas entidades.

De acordo com Andrade (2007), em 1941, João de Barros Barreto Filho recebeu os reconhecimentos preliminares coletados nas cidades de Capanema, Vigia, Santarém, Borba,

⁵⁸ Sanatório será transformado em hospital regional integrado. Jornal **O Liberal**, Belém, quarta-feira, 2 de junho de 1976, 1.º Caderno, p. 12. Acervo interno do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Maués, Parintins, Porto Velho e Guajará-Mirim para avaliar os dados que embasariam o Plano de Saneamento da Amazônia, na mesma época em que ocorria a reformulação do DNS, que segundo o autor, indicou o aumento da importância da região amazônica para o mencionado órgão.

Figura 5— João de Barros Barreto Filho em 1930



Fonte: Acervo do autor.

Figura 6— João de Barros Barreto Filho em 1950



Fonte: Acervo do autor.

De acordo com Andrade (2007), no curso do Estado Novo, o governo federal, através do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), construiu uma retórica sobre a região amazônica, com o objetivo de reconfigurar a relação discursiva com a Amazônia, e diante disso, a saúde pública foi uma das esferas deste discurso. O autor mencionou que a criação de instituições científicas voltadas para a saúde e saneamento, como o Instituto Experimental do Norte (Ipen) e o Serviço de Grandes Endemias (Sege), representaram a presença do poder público na região, mesmo sem resultados substanciais.

Andrade (2007) mencionou que o resultado do plano de saneamento para a região foi a interferência nas ações e manobras políticas de dois profissionais destacados nos quadros da saúde pública: João de Barros Barreto Filho, diretor do DNS, e Fred Soper, principal interlocutor da International Health Division (IHD). A denominada Reforma Barros Barreto no campo da saúde e saneamento nasceu nessa conjuntura como o resultado das diferentes conjunturas internas e externas que intervíram na formulação de um planejamento político voltado para o saneamento da região amazônica.

Batista (2016) assinalou que os planos de desenvolvimento surgidos no âmbito do Estado Novo nasceram como o resultado dos pronunciamentos do presidente Getúlio Vargas, que apresentavam a Amazônia como um espaço potencialmente rico em recursos naturais, mas, por outro lado, segundo a propaganda nacionalista, era uma região desprovida de capital humano qualificado para mobilizar estes recursos naturais em prol do desenvolvimento regional. Por este motivo, cabia ao Estado, imbuído da racionalidade técnica, a tarefa de fomentar este processo, gerando alternativas econômicas e sociais para a Amazônia, além do fato de que o Estado brasileiro se definiu enquanto o condutor da integração da região amazônica à economia nacional.

Durante o Estado Novo, ampliou-se a percepção do governo sobre as singularidades geográficas e econômicas de determinadas áreas do país, como o Nordeste, marcado pelas secas, e a Amazônia, historicamente assinalada por um conjunto de desafios que requeriam a ação racionalizadora do Estado varguista, no sentido de reduzir os desequilíbrios regionais e promover o desenvolvimento destas regiões. Desta forma, a autora mencionou que se impunha a necessidade de planejamentos regionais, e uma vez utilizado como ferramenta política de abordagem dos problemas existentes, o Estado brasileiro ocuparia o papel de condutor na operacionalização deste processo.

Os estudos compreendendo o “levantamento da situação e das necessidades daquele imenso território nacional” passaram a ser solicitados pelo presidente Getúlio Vargas, e a serem realizados por diversos setores da economia e da sociedade, como: Departamento Nacional de Indústria e Comércio, Conselho Nacional de Geografia, Banco de Crédito da Amazônia, Serviço Especial de Saúde Pública, Instituto Agrônomo do Norte, Departamento Nacional de Produção Mineral, Fundação Brasil Central, Comissão Nacional de Alimentação etc.

Atingindo uma dimensão coletiva, criou-se a necessidade de organizar as atividades na forma de uma Comissão Central, incumbida de encarregar os trabalhos, e Comissões Especializadas, encarregadas dos temas específicos. Dentre essas Comissões Especializadas, fora dividida a Comissão de Saúde e Saneamento⁵⁹, e com base nos estudos e debates efetuados pela Comissão de Saúde, elaborou-se um relatório no qual foram apresentadas proposições direcionadas à esfera de competência estadual, de modo a possibilitar a

⁵⁹ De acordo com Batista (2016), as demais comissões foram: a Comissão Agropecuária; Comissão de Alimentação e Nutrição; Comissão Especial da Borracha e Produtos Extrativos Vegetais em geral; Comissão de Produção Florestal; Comissão de Petróleo e Produtos Minerais; Comissão de Transportes; Comunicações e Portos, Rios e Canais do Vale Amazônico; e, Comissão de Crédito.

construção do planejamento da política de valorização econômica da Amazônia, nos pareceres devidamente encaminhados à Comissão Central.

As análises dos relatórios das comissões permitiram que se observasse o planejamento da valorização econômica da Amazônia. Inicialmente, identificaram-se os problemas da região, para, com base nisto, indicar as medidas consideradas necessárias ao seu equacionamento. Batista (2016) assinalou que a questão da saúde na valorização da Amazônia teve o setor como um dos objetivos da execução do planejamento de valorização econômica, fundamentado pelo princípio norteador da “regeneração física e social” das populações amazônicas, por meio da assistência à saúde, alimentação e saneamento.

Andrade (2007) assinalou que na data de 5 de novembro de 1940 foi oficialmente divulgada aquela que seria a “Comissão de Saneamento da Amazônia”, da qual fariam parte Felipe Nery Guimarães, Evandro Chagas, Ernani Agrícola, João de Barros Barreto e Valério Konder. O autor acima mencionado assinalou que, entre 1940 e 1944, Valério Konder trabalhou como médico sanitário do Ministério da Educação e Saúde nas regiões norte e nordeste, e nessa época ele elaborou um plano de saneamento para mais de 50 cidades do Estado do Pará, cuja execução foi suspensa, de acordo com Andrade, devido à entrada do Brasil na Segunda Guerra Mundial, em 1942.

A Subcomissão de Saúde apresentou seis propostas de ação, assim divididas: 1) Serviços Básicos de Saneamento, compreendendo o abastecimento de água, instalação de redes de esgoto e melhoria das condições higiênicas das habitações; 2) Assistência Médico-Sanitária, por meio da construção, equipamento e manutenção de hospitais e maternidades e postos de higiene, assistência obstétrica e domiciliar; 3) Nutrição, voltada para a alimentação de lactentes, gestantes e mães nutrízes, suplemento alimentar dos pré-escolares e profilaxia do bócio endêmico; 4) Doenças Transmissíveis, compreendendo campanhas contra a malária, a esquistossomose, doença de Chagas, filariose, e tuberculose, atividades de combate à lepra e intensificação de campanhas de combate às doenças venéreas; 5) Pesquisas e Inquéritos de interesse médico-sanitário, especialmente a incidência e distribuição de doenças na região amazônica; 6) Bioestatística, Propaganda e Educação Sanitária, para coletar, dispor dados em tabelas, e interpretar os dados levantados nas pesquisas, assim como difundir medidas de higiene entre a população da região.

O setor de saúde foi considerado um dos principais no planejamento de valorização econômica da Amazônia, cujas metas a serem alcançadas consistiam na melhoria das condições de saúde, higiene e saneamento, os quais ocasionariam resultados positivos na

produtividade dos trabalhadores amazônicos, o que Batista (2016) assinalou contribuir para a consecução dos maiores objetivos do planejamento regional.

Andrade (2007) assinalou que a fase inicial do Plano de Saneamento da Amazônia consistiu na realização dos processos de hidrografia sanitária nos maiores núcleos populacionais que já apresentavam condições econômicas razoáveis para essas obras. E caso necessário, fazia-se a integração do serviço antimalária com os organismos técnicos de produção nos lugares de maior concentração econômica. Mas, de acordo com o autor, o quadro de doenças catalogadas não se limitava somente à malária, que consistia no maior problema da região. A hanseníase (lepra), tuberculose e sífilis também estavam entre as doenças destacadas na agenda de preocupações.

Essas interpretações de Andrade caminham ao encontro dos relatos das fontes históricas feitas pelo Dr. Antônio de Oliveira Lobão, o qual, na condição de primeiro diretor do hospital, narrou que o Sanatório de Belém fazia parte de um programa de construção de leitos para a hospitalização dos doentes de tuberculose, elaborado pelo Ministério da Educação e Saúde, e que através do seu DNS (1990, p.1):

tinha à frente o grande sanitarista João de Barros Barreto, cujo nome como um preito de justiça, foi dado mais tarde, ao Sanatório de Belém. O programa previa a construção de doze sanatórios nas capitais dos Estados do Pará, Maranhão, Rio Grande do Norte, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Espírito, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal, mas, nem todas essas obras programadas puderam ser logo iniciadas.

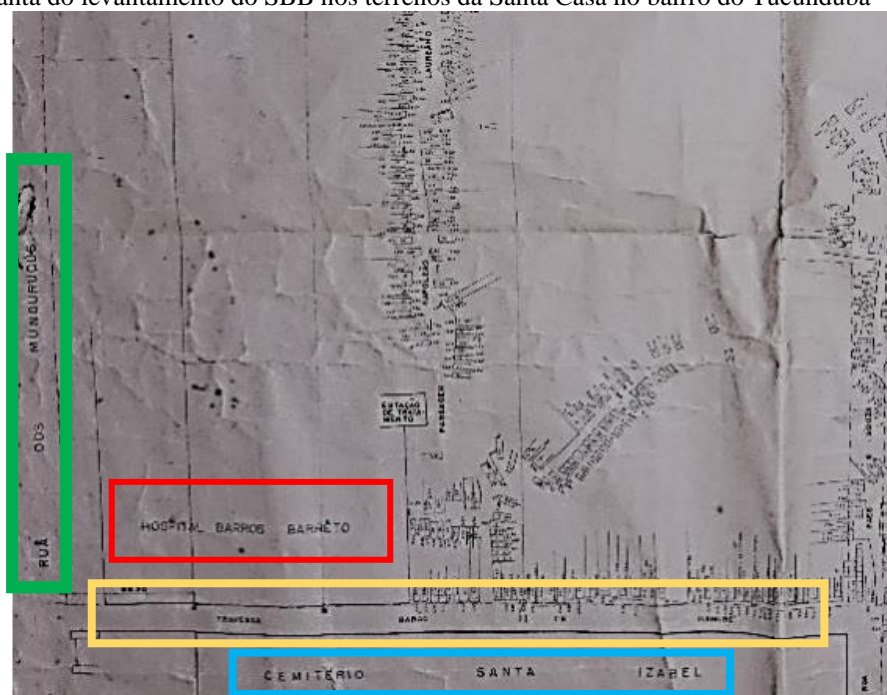
Segundo a “História do HUIBB” (1990), a construção do Sanatório de Belém foi entregue à Empresa Leão Ribeiro que deveria executar as obras do sanatório com capacidade para cerca de 600 leitos para isolamento dos doentes. O Dr. Antônio de Oliveira Lobão assinalou que o andamento das construções aconteceu durante dois anos, mas, em 1942, a obra foi paralisada, segundo ele, por “motivos desconhecidos”.

Ao final desse tempo, haviam sido construídas quatro alas, sendo duas de seis pavimentos a contar do térreo, e duas de cinco pavimentos, faltando o corpo central, que ligaria as alas existentes. As memórias do Dr. Antônio de Oliveira Lobão apontaram que a planta inicial indicava a capacidade para 600 leitos distribuídos pelas alas citadas, ficando o bloco central destinado aos serviços gerais da administração, auxiliares de diagnóstico, terapêutica e a circulação e comunicação entre as alas (História do HUIBB, 1990, p. 1).

De acordo com Costa (2019), o bairro do Tucunduba era o lugar reservado para a construção do Sanatório de Belém, cuja área passava por mudanças na década de 1940, expressas na construção do Sanatório de Belém, e com o Hospital de Isolamento Domingos

Freire, ainda em atividade. A autora acima mencionada assinalou que após a década de 1930, grande parte dos terrenos da Santa Casa de Misericórdia na região foram ocupados pela população de baixa renda, fazendo assim expandir a malha urbana na direção à várzea do Tucunduba, forçando o aceleração da produção daquele espaço urbano, que vinha sofrendo alterações há vários anos, devido à locação dos hospitais de isolamento que levaram diversas instalações ao bairro do Tucunduba, de modo a prestar melhor assistência aos internalizados.

Figura 7– Planta do levantamento do SBB nos terrenos da Santa Casa no bairro do Tucunduba



Fonte: Miranda; Abreu Junior (2019, p. 165).

De acordo como a Figura 7, a localização das obras de construção do Sanatório Barros Barreto (*sublinhado em vermelho*) situou-se na área compreendida entre a Rua dos Mundurucus (*sublinhado em verde*) e a Rua Barão de Mamoré (*sublinhado em amarelo*), sendo sita em frente ao Cemitério de Santa Izabel (*sublinhado em azul*). Costa (2019) assinalou que o terreno onde fora construído o Sanatório Barros Barreto estava contíguo ao edifício do Hospital de Isolamento Domingos Freire, o Hospital São Sebastião e o Hospital São Roque, que de acordo com a autora, foi construído distante da Rua Barão de Mamoré, cerca de 150 metros, que era, a princípio extremamente isolado, tendo a única entrada facilmente conhecida pela população, expressa na avenida central José Bonifácio.

As histórias da fundação do Sanatório Barros Barreto estiveram presentes nos registros de memória dados pela Dra. Regina Fátima Feio Barroso⁶⁰, mulher nascida em Belém em 1951, superintendente do Complexo Hospitalar Universitário e professora adjunta do Instituto Ciências da Saúde na UFPA, tendo sido formada em Odontologia nesta instituição, e realizou sua especialização na Fundação Oswaldo Cruz e mestrado e doutorado na Universidade Federal Fluminense. Sobre isso, ela utilizou os seguintes termos:

Olha, por incrível que pareça, o hospital Barros Barreto foi construído para ser um Sanatório por isso que ele era primeiro um local longe da cidade, é de um local dentro de um bosque em frente ao cemitério. Porque logicamente toda pessoa que pegava tuberculose morria. Morreu mais cedo, morreu mais tarde, umas morrer vou (*sic*) mais triste que é que a gente vê o seguinte, até hoje a gente trata a tuberculose sabe que é uma doença da pobreza que é uma doença da subnutrição que é uma doença da miséria e só que quem dera se a gente tratasse da tuberculose nos anos 40 (informação verbal).

Leal (2018) assinalou que a edificação do antigo Sanatório Barros Barreto foi sistematizada pela arquitetura hospitalar como a edificação moderna, cuja autoria dos arquitetos e engenheiros responsáveis pelo planejamento permaneceu desconhecida⁶¹, sendo necessárias suas identificações, de modo a possibilitar a contar a história das relações entre arquitetura e medicina do período em foi construído, isto é, no contexto marcado pelo Estado Novo varguista, capaz de visualizar as características de significação arquitetônica e de fundamental contribuição para o ainda restrito campo da patrimonialização de bens da saúde no Brasil.

Em relação à execução das obras, Miranda e Abreu Junior (2019) indicaram que, em dezembro de 1938, o Dr. Abelardo Conduru, prefeito de Belém, realizou visita ao Hospital Domingos Freire, onde, na ocasião, reuniram-se: Dr. Hygino Silva, diretor de Saúde do Estado do Pará; Mário Queiroz, delegado de Saúde Federal na 2ª Região; Dr. Waldir Acatauassu Nunes, engenheiro da prefeitura; o engenheiro da Delegacia de Saúde do Norte, Dr. Diderot Oliveira; e, junto a eles, esteve o Dr. Antônio Martins, oficial de gabinete do prefeito. Os autores mencionaram que o prefeito e os demais presentes ouviram uma explanação feita pelo Dr. Eurico da Silva Melo, engenheiro paraense representante da firma Leão Ribeiro & Cia sobre o “futuro edificio do hospital para tuberculosos”.

⁶⁰ BARROSO, Regina Fátima Feio. Entrevista concedida a Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento. Belém, Pará, 17 fev. 2022 [a entrevista encontra-se transcrita no Anexo A desta dissertação].

⁶¹ Leal apontou que esse desconhecimento causa desinteresse no que diz respeito à preservação do patrimônio.

Figura 8— Perspectivas de Planejamento arquitetural do Sanatório de Tuberculose de Belém (1939)



Fonte: Miranda; Abreu Junior (2016, p. 7).

Andrade (2007) assinalou que em abril de 1941 foi aprovada a reorganização do Departamento Nacional de Saúde, cuja nova estrutura fortaleceu os organismos que desenvolviam atividades de controle e supervisão das ações a serem desenvolvidas em todos os estados brasileiros. O objetivo político era controlar a execução das políticas de saúde em todo o país. Sete meses depois, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde, importante fórum de discussão que resultou em ações que fortaleceram a organização e supervisão do DNS.

O Ministro da Saúde, Gustavo Capanema, também pretendia organizar os serviços nacionais, em especial os da tuberculose e lepra. O Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) foi uma entidade de saúde coletiva criada no ano de 1941⁶², subordinada hierarquicamente ao MES.

Hijjar *et al.* (2007) assinalaram que o Serviço Nacional de Tuberculose foi criado em 1941, nascendo da Reforma Barros Barreto, ampla e arrojada, focalizando em múltiplos aspectos da administração sanitária, com destaque para as doenças transmissíveis, a descentralização das ações sanitárias e a criação de órgãos executivos de ação direta, fazendo surgir o Serviço Nacional de Tuberculose (1941). Além disso, ocorreu a criação da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT), em 1946. O ambiente de nascimento do CNCT esteve carregado não só pelas cifras alarmantes dos casos clínicos de tuberculose a medir a

⁶² O Serviço Nacional de Tuberculose (SNT) existiu até o ano de 1970.

incidência da doença, mas também pela conjuntura do pós-Segunda Guerra Mundial, com as propostas de maior intervenção do Estado nas questões de saúde pública.

De acordo com Antunes, Waldman e Moraes (2000), a Campanha Nacional Contra a Tuberculose resgatou as grandes biografias de personagens célebres devido às suas atuações do campo da saúde no passado. Exemplo disso foi a personalidade emblemática da enfermeira brasileira, Ana Nery, que embora tenha vivido no século dezenove, constituiu importante referência para a Campanha Nacional Contra a Tuberculose nos anos de 1940 a 1950, possibilitando a projeção social do valor da enfermagem no Brasil.

O Sanatório de Tuberculose de Belém permaneceu inacabado até 1946, quando houve a criação da CNCT, uma campanha instituída em 20 de junho de 1946 através do Decreto nº 9.387 do governo federal. A Campanha Nacional Contra a Tuberculose objetivou uma melhor mobilização e arregimentação de esforços para a luta antituberculose em todo o Brasil, estabelecendo que caberia ao Serviço Nacional de Tuberculose a orientação normativa da Campanha, ficando a parte executiva sob a inteira responsabilidade dos órgãos oficiais, paraestatais ou privados que dela participassem. De acordo com o Dr. Antônio de Oliveira Lobão, a programação da obra foi feita antes da criação do Serviço Nacional de Tuberculose, o que influenciou no fato de não ter se processado o necessário entrosamento entre esse trabalho e o referido serviço.

Erguidas já todas as estruturas de alvenaria e concreto das alas laterais e andar térreo da central, foram as obras interrompidas em 1942, por falta de recursos em vista o governo do Estado não ter condições de assumir todos os encargos conforme determinara antes a diretriz firmada com o advento do Estado Novo (informação verbal).

O trecho da fonte citada destacou, a partir das memórias do Dr. Antônio de Oliveira Lobão, que a execução das obras foi interrompida no ano de 1942. Entretanto, houve duas justificativas apontadas para a paralisação das obras em duas fontes históricas diferentes. No “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976), a paralisação das obras ocorreu devido à falta de recursos, em virtude de o Estado do Pará não possuir condições de assumir todos os encargos advindos da diretriz firmada com o governo federal. Porém, na “História do HUIBB” (1990), os relatos de memória do Dr. Antônio de Oliveira Lobão apontaram que em 1942, a obra foi paralisada por motivos desconhecidos. No documento anteriormente citado, o Dr. Antônio Lobão mencionou que as obras permaneceram paralisadas por cerca de oito anos, quase em completo abandono, sofrendo a ação deletéria do tempo e até mesmo o saque de certos materiais, como os de canalização de água e outros. De acordo com o Dr. Antônio Lobão:

Era de entristecer verificar as obras serem tomadas pelo mato que crescia, enquanto todos sentiam a necessidade importante de um maior número de leitos para o atendimento do angustioso momento epidemiológico que o Estado atravessava, com mais de 800 óbitos anuais correspondendo a coeficientes de mortalidade acima de 400 por 10.000 habitantes (informação verbal).

Com o advento da Campanha, vários Estados brasileiros apressaram-se para firmar convênios que lhes facultassem melhorar meios de luta contra o avanço da tuberculose. Assim, no dia 16 de dezembro de 1947, foi celebrado um convênio entre o SNT e o Estado do Pará, mediante o qual os dois órgãos públicos se comprometeram a colaborar para a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Esse convênio foi assinado: pelo então Ministro da Educação e Saúde, Dr. Clemente Mariani Bittencourt; pelo diretor substituto do Serviço Nacional de Tuberculose, Alferes Galdino Apolônio; e pelo governador do Estado do Pará, Major Luís Geolás de Moura Carvalho (História do HUIBB, 1990, p. 2).

Figura 9– Obras do Sanatório de Tuberculose de Belém paralisadas até o ano de 1948



Fonte: Miranda; Abreu Junior (2016, p. 17).

Segundo o Dr. Antônio de Oliveira Lobão, no dia 16 de dezembro de 1947 foi celebrado o convênio entre o SNT e o Estado do Pará, e como decorrência desse ato, foi instalada, em 24 de setembro de 1948, a Superintendência da Campanha Nacional Contra a Tuberculose no Pará, tendo sido escolhido como o superintendente o próprio Dr. Lobão, médico tisiologista e pneumologista (História do HUIBB, 1990, p. 2). Este documento mencionou que a Superintendência apresentou, imediatamente, à Diretoria da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, relatórios analisando não só a situação epidemiológica do

Estado do Pará, como também o tratamento antituberculose que o Estado possuía naquela conjuntura.

De acordo com os relatos do superintendente acima referido, o estudo dos relatórios da Superintendência pelos setores especializados da Campanha despertou a necessidade do prosseguimento das obras do Sanatório de Belém, que estavam paralisadas desde 1942 (História do HUIBB, 1990, p. 2). Após a assinatura do convênio, o Serviço Nacional de Tuberculose tomou providências para reiniciar as obras do Sanatório de Belém. Todavia, de acordo com o Dr. Antônio Lobão:

Apesar da boa vontade da direção do órgão [o SNT], não foi fácil a solução do problema, uma vez que a obra havia sido iniciada pela Verba de Obras e Equipamentos do Ministério da Educação e Saúde e, por isso, tornava-se necessário passar para a responsabilidade da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (informação verbal).

De acordo com a “História do Hospital” (1990), o processo de execução das obras do Sanatório em 1948 teve um andamento muito lento, passando de Ministério a Ministério até a obtenção da autorização do presidente Eurico Gaspar Dutra, para que se processasse a troca das responsabilidades. Dada a autorização presidencial, o Serviço Nacional de Tuberculose submeteu as plantas existentes a novos estudos executados pelo Serviço de Planejamento e Engenharia da Campanha, com o intuito de aumentar o número de leitos e o barateamento do custo por cada leito construído.

Assim, depois de oito anos ocorreu a retomada das obras de execução do Sanatório de Belém, sob um ritmo lento, a partir do dia 6 de setembro de 1950. O Dr. Antônio Lobão narrou que o atraso na execução das obras já havia alimentado no espírito da população paraense a incredulidade de ver a obra concluída. As plantas arquitetônicas foram atualizadas, elevando a capacidade do Sanatório de 600 para 900 leitos, tendo havido reformas radicais no planejamento do bloco central, assim como outros acréscimos, julgados pelos engenheiros como necessários, principalmente pelo engenheiro Djalma Guedes Figueiredo, o segundo responsável pelos trabalhos, que calculava o prazo de conclusão da obra no final do ano de 1952 (História do Hospital, 1990, p. 3).

De acordo com o Dr. Antônio Lobão, em 1954, houve um impulso na aceleração das obras do Sanatório de Belém, quando a SPVEA liberou um orçamento de Cr\$2.000.000,00, mantendo assim essa verba até 1957, quando liberou Cr\$ 10.000.000,00, como última parcela (História do HUIBB, 1990, p. 4, informação verbal). Nos termos do médico superintendente:

Segundo Antônio Lobão, se não tivesse sido a valiosíssima contribuição da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia (SPVEA), que a partir de 1954, consignou, sempre em seus orçamentos, verbas substanciais destinadas não só ao prosseguimento das obras do Sanatório de Belém, mas também a aquisição de equipamentos para o hospital, talvez ainda fosse levar um bom tempo para o Sanatório entrar em funcionamento.

Antônio Lobão afirmou que o funcionamento do Sanatório de Belém decorreu de trabalho árduo de um grande número de homens públicos, com uma maior ou menor parcela, dentre os quais ele citou serem envolvidos no processo:

Em primeiro lugar, João de Barros Barreto, que foi o idealizador e iniciador da obra. Em seguida, Antônio Lobão ressalta os nomes de Rafael de Paulo Souza, Pereira Filho, Reginaldo Fernandes, Rodrigues de Albuquerque, Celso Caldas, Lourival Ribeiro e Levy Queiroga Lafetá, que como diretores do Serviço Nacional de Tuberculose envidaram sempre, o máximo, de seus esforços juntamente com todas as suas equipes de auxiliares no sentido de acelerar o ritmo das obras do Sanatório (informação verbal).

O superintendente ressaltou também os nomes de Waldir Bouhid, Orion Lourenço, Amintor Virgolino Bastos, e outros, “que dentro da SPVEA⁶³, nunca negaram o seu integral apoio ao Sanatório” (História do HUIBB, 1990, p.4).

De acordo com o Manual de Referências Bibliográficas da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia (2019), o Primeiro Plano Quinquenal⁶⁴ foi elaborado nacionalmente em um tempo recorde de nove meses e concluído no tempo previsto pela lei n. 1.806, e consistiu em um estudo meticoloso da região amazônica, estabelecendo o zoneamento da Amazônia para fins de planejamento, e analisou os problemas de base para traçar diretrizes para o planejamento. O planejamento estimou os recursos orçamentários do Fundo de Valorização e orçamentou as despesas previstas com a execução do Plano Quinquenal de 1955 a 1959.

O I Plano Quinquenal apresentou uma síntese da atuação da SPVEA para o alcance dos objetivos das ações do SPVEA, nos quais consistiram em alcançar a autossuficiência alimentar da Amazônia e desenvolver a produção agrícola de matérias-primas e de gêneros que pudessem proporcionar condições favoráveis para a região. A Saúde foi um dos setores que constaram no I Plano, além do setor “Energia” e “Desenvolvimento Cultural”. No tocante à saúde, o Plano reforçou destaques para os empreendimentos desenvolvidos pela SPVEA,

⁶³ De acordo com Batista (2016), a SPVEA foi uma entidade fundada em 1953, sendo um plano constituinte de um conjunto de diretrizes e metas a serem operacionalizadas por um determinado período, por meio de injeção de recursos financeiros na Amazônia, através do Primeiro Plano Quinquenal (1955-1959).

⁶⁴ Este documento pôde ser encontrado na Biblioteca Prof. Inocêncio Machado Coelho, conhecido popularmente como a Biblioteca da Sudam.

com destaque para os convênios assinados com o governo federal, com o objetivo de cumprir os trabalhos de campo e os programas parciais do Plano.

O superintendente da Campanha Nacional Contra a Tuberculose no Pará assinalou que a SPVEA fomentou a construção do Sanatório de Belém, no convênio firmado entre o Serviço Nacional de Tuberculose e a Superintendência da Campanha no Estado do Pará, contando também com o apoio político dos senadores Álvaro Adolfo e Lameira Bittencourt que, juntamente com os deputados da bancada paraense, composta por Armando Corrêa, João Menezes e Epílogo Campos, “empregaram sempre o seu prestígio e o seu trabalho a favor do Sanatório” (História do HUIBB, 1990, p. 4).

Semelhante versão foi dada como testemunho em uma fala cerimonial no Sanatório Barros Barreto, quando já estava em funcionamento através do médico e diretor que sucedeu o Dr. Antônio de Oliveira Lobão: o Dr. Almir José Gabriel.

Foi a antiga SPVEA, hoje SUDAM, que deu um grande empurrão. Para você ver que, em 70, continua atendendo (bem) às exigências da Tisiologia. E você saber que nestes 32 anos tudo mudou no esquema de tratamento da Tb [tuberculose] (informação verbal).

Em 1956, o presidente da República Juscelino Kubitschek esteve no IX Congresso Nacional de Tuberculose, realizado no Palácio do Catete, no Rio de Janeiro, ocasião em que foi convidado para vir a Belém pelo diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, o Dr. Lourival Ribeiro da Silva. Houve uma grande repercussão na imprensa local e nacional da presença do presidente nessa solenidade, como mostra o seguinte trecho do jornal carioca *Correio da Manhã* de quarta-feira, 21 novembro de 1956.

O presidente da República conversou demoradamente com os médicos visitantes, inteirando-se das medidas que vêm sendo postas em prática para o combate à tuberculose, bem como dos planos para a reabilitação profissional dos que recuperam a saúde. O diretor do SNT convidou ainda o presidente da República para inaugurar, em janeiro vindouro, o Sanatório Barros Barreto, para tuberculosos, em Belém do Pará, cujas obras se vinham arrastando há mais de 20 anos (informação verbal).

Figura 10— J.K e a Comissão Organizadora do IX Congresso Nacional de Tuberculose



Fonte: Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto (1990, p. 12).

A inauguração do Sanatório Barros Barreto na Belém de 1957 esteve diretamente relacionada ao I Plano Quinquenal de Valorização Econômica da Amazônia, atualizado com o objetivo de reforçar a incorporação da região amazônica ao Estado brasileiro, diretriz política ainda levada adiante pelo governo de Juscelino Kubistchek.

As diretrizes para a Saúde do I Plano Quinquenal, atualizado depois de 1955, permaneceram as mesmas do quinquênio anterior, sendo apenas reduzido o número de atividades previstas para o quinquênio em vigor, ou seja, 1955-1960. No campo da Assistência Médico-Sanitária, esteve previsto o prosseguimento da ampliação da rede hospitalar necessária à região e o de unidades sanitárias, e além delas, havia espaço para o incentivo à pesquisa em saúde nas formas de divulgações científicas e culturais, o fomento à criação de bibliotecas e financiamento educacional.

Além dos diretores do Serviço Nacional de Tuberculose e da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, dos senadores do Estado do Pará, as autoridades políticas de âmbito estadual fizeram parte deste processo, conforme assinalou o Dr. Antônio de Oliveira Lobão, que destacou, em primeiro plano, os nomes dos governadores, General Luiz Geolás de Moura Carvalho, Marechal Zacarias de Assunção e do senador General Magalhães, e como Secretário de Saúde à época, “ele destacou os nomes de Ismael de Araújo, Catete Pinheiro e Henry Kayat” (História do HUIBB, 1990, p. 4). E, por fim: “lembrou, ainda os nomes dos deputados estaduais Celso Malcher e Silvio Meira, que levantaram suas vozes a favor do Sanatório”.

O Dr. Antônio de Oliveira Lobão destacou que, apesar de as obras não estarem concluídas, o Sanatório de Belém foi inaugurado, oficialmente, em 6 de janeiro de 1957, com o nome de “João de Barros Barreto”, pelo então presidente da República Juscelino Kubitscheck e pelo Ministro da Saúde Maurício Medeiros (História do HUIBB, 1990, p. 4).

O noticiário destacou que o ato fez parte do programa comemorativo do 1º aniversário do governo “do atual presidente da República” (Noticiário, 1957, p. 1) Na fotografia abaixo, esteve representado o “aspecto da inauguração, quando o Sr. Juscelino Kubitscheck, ao lado do Dr. Maurício Medeiros, cortava a fita simbólica” (Noticiário, 1957, p. 1).

Figura 11– Inauguração do Sanatório Barros Barreto pelo presidente J.K (1957)



Fonte: Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto (1957, fl. 1)

Tal fato repercutiu na imprensa belemense através dos noticiários, os quais reafirmaram que o Sanatório Barros Barreto foi inaugurado em Belém a 6 de janeiro de 1957 com a presença do presidente da República, Dr. Juscelino Kubitscheck, e do Ms. Maurício Medeiros. Além das personalidades de destaque, teve lugar a inauguração solene do Sanatório Barros Barreto, construído e equipado pelo Serviço Nacional de Tuberculose, com o auxílio ainda de verbas da Superintendência do Plano de Valorização Econômica da Amazônia, e do Plano Salte (Noticiário, 1957, p. 1).

No noticiário, ainda se informou, por autoridades presentes, que o Sanatório Barros Barreto funcionaria inicialmente com 200 leitos. E além do diretor do Serviço Nacional de

Tuberculose, esteve presente na solenidade junto a ele, o Dr. A. F. Rodrigues de Albuquerque, diretor substituto e chefe da seção de Epidemiologia (Noticiário, 1957, p. 1). Segundo o Dr. Antônio Lobão, depois dessa inauguração, as obras continuaram. Todavia, o então Ministro da Saúde, Dr. Mário Pinotti, e o diretor do Departamento Nacional de Saúde, Dr. Adelmo de Mendonça e o diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, “não tolerando mais protelação, resolveram colocar o Sanatório João de Barros Barreto em funcionamento apesar de todas as dificuldades que pudessem existir” (História do HUIBB, 1990, p. 4).

De acordo com a fonte acima mencionada, em 15 de agosto de 1959, o Sanatório Barros Barreto admitiu 16 pacientes, transferidos do Hospital de Isolamento Domingos Freire. Tal fato merece destaque, pois, de acordo com o que Miranda e Abreu Junior (2014) apontaram, o Sanatório de Belém iniciou suas funções em 1959, assistindo 16 pacientes provenientes do Hospital de Isolamento “Domingos Freire”, em virtude das suas instalações não possibilitarem mais o funcionamento normal, pois, não havia força vapor (só luz), esgoto insuficientemente canalizado e havia falta d’água.

Através dos atos normativos observados nos relatos das fontes, esse fato no sanatório ocorreu somente quando ele foi reinaugurado pela terceira vez, em 15 de agosto de 1959, quando passou a assumir as atribuições de cuidar do tratamento desses 16 pacientes doentes pela tuberculose transferidos do Hospital Domingos Freire. Esta versão foi dada pelo Dr. Almir José Gabriel, com certa confusão dele a respeito do ano no qual tal fato ocorreu:

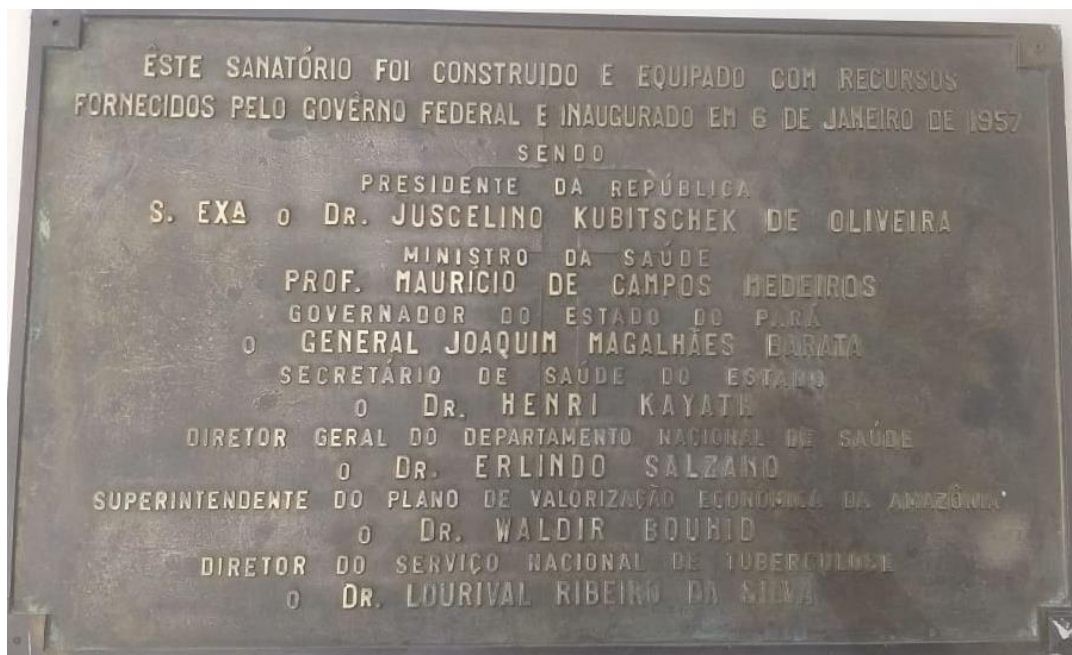
Em 1957 (15 de agosto), deram uma daquelas na nossa cabeça: inauguraram pela 3ª. vez o SBB [Sanatório Barros Barreto], com 16 pacientes dentro. Em 5 anos, a raça da casa se virou tanto que elevou a capacidade para 400 (informação verbal).

O testemunho dado pelo Dr. Almir José Gabriel no trecho da fonte citada apresentou certa confusão a respeito do ano no qual tal fato ocorreu, afinal, a inauguração do Sanatório Barros Barreto ocorreu ao dia 6 de janeiro de 1957, conforme as fontes consultadas e apresentadas anteriormente sugeriram. O equívoco do Dr. Almir José Gabriel consistiu no apresentar o dia 15 de agosto de 1959, e não 1957, como ele narrou. Esta foi a data da terceira inauguração do Sanatório Barros Barreto, escolhida simbolicamente para a transferência dos 16 pacientes de tuberculose do Hospital Domingos Freire para o novo sanatório.

A placa de inauguração fixada até os dias de hoje no edifício do atual Hospital Universitário João de Barros Barreto revela que o Sanatório Barros Barreto foi pela primeira vez inaugurado no dia 6 de janeiro de 1957, depois de ter sido “construído com os recursos fornecidos pelo governo federal”, conforme se constatou a partir da leitura da fonte abaixo:

Este sanatório foi construído e equipado com recursos fornecidos pelo Governo Federal e inaugurado em 6 de janeiro de 1957 sendo: Presidente da República S. Ex. o Dr. Juscelino Kubitschek de Oliveira / Ministro da Saúde Prof. Maurício de Campos Medeiros/ Governador do Estado do Pará General Magalhães Barata/ Secretário de Saúde de Estado o Dr. Henri Kayath/ Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde o Dr. Erlindo Salzano/ Superintendente do Plano de Valorização Econômica da Amazônia o Dr. Waldir Bouhid/ Diretor do Serviço Nacional de Tuberculose dr. Lourival Ribeiro da Silva (informação verbal).

Figura 12 – Placa de inauguração do Sanatório Barros Barreto (1957)



Fonte: Acervo memorial do HUIBB.

As inscrições presentes na placa de inauguração tornaram a data oficial da fundação do sanatório para o dia 6 de janeiro de 1957, e demonstrou que participaram deste processo de construção e inauguração: o presidente da República Juscelino Kubitschek de Oliveira; o Dr. Maurício de Campos Medeiros, Ministro da Saúde; o Governador do Estado do Pará, o General Joaquim Magalhães Barata; o Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, o Dr. Erlindo Salzano; e o Diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, o Dr. Lourival Ribeiro da Silva.

O Dr. Antônio de Oliveira Lobão teve o seu nome escolhido para ser o primeiro diretor do Sanatório Barros Barreto, o qual, imediatamente depois de assumir a direção do sanatório, solicitou ao engenheiro responsável pelas obras um relatório das reais necessidades técnicas para o pleno funcionamento dos 200 leitos, conforme o estabelecido pelo Ministério da Saúde, através da Diretoria do Serviço Nacional de Tuberculose, de acordo com as verbas disponíveis (História do HUIBB, 1990, p. 4).

De acordo com o documento acima referido, através do relatório, no primeiro ano de funcionamento do Sanatório Barros Barreto, o Dr. Antônio de Oliveira Lobão ficou ciente de que deveria enfrentar e resolver diversos problemas, tais como: conclusão da Estação de Tratamento de Esgotos, a cargo do Serviço Especial de Saúde Pública; o funcionamento das caldeiras, a casa de máquinas e testes de toda a rede de vapor; a instalação definitiva, por parte da Força Luz do Pará S.A, da energia elétrica, especialmente com relação ao fornecimento de corrente de alta tensão; os testes de funcionamento de todos os serviços e aparelhos, especialmente, aqueles relativos à cozinha, lavanderia e esterilização; a conclusão dos serviços de esterilização do bloco cirúrgico; a colocação em funcionamento das câmaras frigoríficas; a conclusão de algumas obras no 4º e 5º pavimentos, relativos aos postos de enfermagem e à colocação de ferragens; a conclusão de serviços de sinalização dos pavimentos; a construção em alvenaria de uma cobertura para a área onde se encontravam localizados os boilers de água quente para utilização do hospital e o incinerador de lixo; e, por fim, a conclusão dos serviços de exaustão da cozinha, onde apenas se encontravam instaladas as coifas (História do HUIBB, 1990, p. 4).

Segundo o Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira, 77 anos, homem nascido em Belém do Pará a 22 de outubro de 1945, cursou Medicina na Universidade do Estado do Pará, entre 1966 e 1972. Segundo ele: “ao todo foram 7 anos porque eu perdi um. Eu fui castigado um ano no 477, porque eu me rebelei” (Entrevista, 2022, p. 229, informação verbal). Formado médico, ele trabalhou como pneumologista do Sanatório Barros Barreto, e quando a instituição se tornou o Hospital Universitário, Dr. Antônio foi nomeado diretor desta instituição. Ele deu o seu testemunho de memória acerca dos seus primeiros anos de trabalho no Sanatório:

E, logicamente, a questão do recurso, com esses recursos não podia desenvolver obras no Barros Barreto. O lado leste tinha dois pavimentos. O pavimento três não chegou a ser concluído. Só funcionava até o segundo. Era tudo muito antigo, não tinha como funcionar para muita gente, porque eram dois prédios e tinha um novo, mas não tinha recurso para manutenção. Então, só havia as duas escadas. Era um horror a questão da infraestrutura. Agora, apesar de tudo sempre teve uma força enorme dentro da equipe que tocou o hospital até ele ser referência para o Brasil inteiro, na região toda. Só que era ruim. Era “referência” para outros estados. Só um adendo: vocês estão cientes de que a política de tuberculose havia instituído o Sanatório em todas as capitais. Havia um mega projeto no hospital. Havia outros hospitais como ele que também tiveram problemas, como o do Rio de Janeiro. Problemas em todos.

De acordo com o Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira, o Sanatório foi sendo projetado à medida da incidência, ou melhor, da prevalência da morte por tuberculose, “por que, para que o Sanatório? O tratamento de remédios não prestava, tinha uma recidiva de 30%

a pirazinamida, remédio que foi o primeiro. Depois a quacertazona mais para 30%”. E continua:

Então os pacientes foram para os hospitais, tanto que antes eram chamados de hospitais de isolamento, parece leprosários – que coincidência é o mesmo bacilo micro bactéria lepra, micro bactéria tuberculose. Então o Sanatório foi feito em função disso. Cada Estado tinha um Sanatório, por exemplo, Alagoas e Sergipe eram melhores que esse aqui, mas todos tinham em um programa porque não tinha naquele momento para melhorar a infraestrutura. Nem depois quando foi desfeito o Sanatório (informação verbal).

O Dr. Antônio de Oliveira Lobão diz que, além da infraestrutura principal, posteriormente, várias outras necessidades, e para a concretização das obras, houve a necessidade de suplementar o orçamento inicial apresentado pelo serviço, havendo integral apoio da Diretoria do Serviço Nacional de Tuberculose, quando concedeu autorização para a suplementação (História do HUIBB, 1990, p. 4).

De acordo com a “História do HUIBB” (1990), devido aos problemas encontrados durante os dois primeiros meses de funcionamento, o Sanatório João de Barros Barreto somente pôde prestar assistência aos 16 pacientes admitidos na terceira data de reinauguração do Sanatório ocorrida no dia 15 de agosto de 1959.

Segundo as memórias do Dr. Antônio de Oliveira Lobão, o Sanatório começou a admitir novos pacientes em 28 de outubro de 1958, ocasião em que já possuía as condições mínimas para o funcionamento, com a solução dos problemas relativos à Estação de Tratamento de Esgotos, energia elétrica e vapor, de modo a possibilitar os trabalhos normais de cozinha, lavanderia e esterilização. A fonte narrou que nessa ocasião, o Sanatório Barros Barreto recebeu, pela segunda vez, mais 10 novos pacientes vindos do Hospital de Isolamento do Estado, isto é, o Hospital Domingos Freire, os quais foram internalizados e enquadrados na norma estabelecida de casos recuperáveis não tributários de tratamento ‘dispensarial’ e casos com indicação cirúrgica (História do HUIBB, 1990, p. 4).

De acordo com Junior e Miranda (2019), diante da institucionalização do Sanatório Barros Barreto, os outros três hospitais de isolamento do Estado do Pará, voltados ao tratamento da tuberculose encontravam-se em obsolescência, a tal ponto que na transição da década de 1950 para a de 1960, eles entraram em extinção: o Hospital São Sebastião, destinado a abrigar os variolosos foi posto abaixo em 1959; e o Hospital São Roque, para os acometidos pela peste bubônica, encontrava-se desativado e em ruínas. Em relação ao Hospital de Isolamento Domingos Freire, após a segunda transferência dos 10 pacientes para o Sanatório Barros Barreto, em 1959, a instituição foi extinta em 10 de novembro de 1964,

quando, pela terceira vez, os seus 85 pacientes restantes passaram a receber a assistência médica do Sanatório Barros Barreto.

3.4 Mudanças na epidemiologia da tuberculose

As políticas de saúde pública adotadas pelo Serviço Nacional de Tuberculose representaram um reflexo da mudança na epidemiologia e nas políticas de combate à tuberculose, por meio da concepção da instituição hospitalar Sanatório e pelo regime hidro dietético. Rosemberg (1999) assinalou que a união desses dois binômios propiciou a simbiose fundamental para a terapêutica da tuberculose introduzida por toda a primeira metade do século XX até o advento da moderna quimioterapia com antibióticos, cuja introdução massiva na terapêutica da doença datou da segunda metade desse século.

O autor mencionado acima destacou que na história do tratamento da tuberculose, a fase dos Sanatórios conheceu um segundo tempo quando os hospitais saíram das regiões montanhosas e diluíram-se nas grandes cidades, submetendo os pacientes institucionalizados a qualquer clima, fazendo nascer a ideia dos pacientes adoecidos como os *hominis sanatorialis*.

Até então, a principal terapêutica aplicada no tratamento da tuberculose teve início nos anos de 1882, quando se difundiu na literatura médica a prática da colapsoterapia médica pelo pneumotórax artificial. De acordo com Rosemberg (1999), este procedimento consistia em introduzir ar comprimido no espaço intrapleural, facultando ao pulmão a permanecer como lhe permitia a sua elasticidade, ocupando o seu volume real, propiciando-lhe o que se chamou de repouso fisiológico.

O autor mencionado reafirmou que se elaborou uma literatura médica especializada sobre a colapsoterapia, capaz de dividir a classe médica entre os tisiólogos e os médicos que só praticavam a rotina do pneumotórax. Os colapso-terapeutas foram chamados de “insufladores” pelos tisiólogos, apesar da colapsoterapia médica ter tido sua fase áurea em termos econômicos para os médicos que tratavam a tuberculose em sua clínica particular.

Em contrapartida, a prática do pneumotórax artificial disseminou-se por todos os países, constituindo-se no tratamento prioritário da tuberculose até o início da década de 1950, quando surgiu a moderna quimioterapia através das drogas antituberculosas.

Hijjar *et al.* (2007) assinalaram que, em 1946, a comunidade científica global viveu a euforia causada pela descoberta de duas novas drogas voltadas ao combate da doença, isto é, dois agentes quimioterápicos antituberculose, os quais foram descobertos e introduzidos na

epidemiologia da doença e foram elas: a estreptomicina (SM), antibiótico descoberto em 1944; e o ácido para-a-mino-salicílico (P) ou (PAS).

Entretanto, houve controvérsia no concernente aos resultados da prática medicamentosa no tratamento antituberculose. Antunes, Waldman e Moraes (2000) afirmaram que a introdução da estreptomicina significou o uso do primeiro antibiótico de grande impacto sobre a tuberculose na prática clínica, somente a partir de 1947, contabilizando na literatura médica diversos relatos de cura até 1949, isto é, logo nos primeiros dois anos de introdução e aplicação da droga antibiótica.

Por outro lado, de acordo com o autor mencionado, a prática da quimioterapia em seu começo, por inevitável, fazia-se só com o uso da estreptomicina que, no caso do Brasil, era importada e distribuída pelo poder público. Os resultados iniciais foram animadores, mas, logo se mostraram decepcionantes com a emergência da resistência bacteriana, presentes em altas taxas e introduzindo nos históricos clínicos o aparecimento do fenômeno da tuberculose multirresistente.

No curso da década de 1940, houve um reestudo nacional voltado para a melhoria da utilização dos recursos contra a tuberculose, que pretendeu elevar a capacidade do Sanatório de Belém de 600 leitos para 800 leitos, segundo o indicador de 10 para 12, considerado na época como o Padrão Americano. De acordo com o “Relatório de Controle de Doenças Tropicais do Hospital Barros Barreto” (1976, p.1), o Sanatório Barros Barreto foi projetado em 1940 para a retaguarda de internação de 800 pacientes com tuberculose, atendendo às conveniências e necessidades epidemiológicas:

As dificuldades para o acabamento das obras previstas para 36 meses fizeram com que ele fosse inaugurado somente em 1960, com apenas 380 leitos, suficientes à demanda de casos para tratamento hospitalar, visto em um período de 25 anos.

O trecho da fonte acima destacada ressaltou que a inauguração do Sanatório Barros Barreto foi em 1960, segundo ele, uma incongruência, haja vista que as demais fontes pesquisadas apontaram que a inauguração ocorreu em 6 de janeiro de 1957. A segunda incongruência observada na fonte acima citada relacionou-se à capacidade de atendimento planejado para o Sanatório Barros Barreto, cujo suporte demonstrado seria o de 800 leitos, quando, em verdade, soube-se a partir de outras fontes que a capacidade de leitos planejada para o Sanatório foi de apenas 600.

O fato a ser destacado foi que a política de controle da tuberculose modificou-se totalmente, entre os anos de 1945 e 1970, ao nível nacional, em virtude da melhoria das

condições regionais de assistência à clientela pela rede de ambulatórios especializados (Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto, 1976, p. 1). Este documento citou que, em virtude das modificações nas políticas nacionais de controle da tuberculose nos anos de 1960, o Sanatório Barros Barreto contou com apenas 380. De acordo com este documento, eles eram “suficientes à demanda de casos para tratamento hospitalar, visto que num período de 25 anos se modificaram totalmente as políticas de controle da tuberculose”.

Costeira (2014) assinalou que o novo modelo de hospital monobloco teve essa estrutura porque assim foi extremamente eficaz, devido à racionalização das funções de assistência e a setorização de seus serviços de tratamento das patologias, bem como na complexidade de cuidados; por isso a implantação estrutural de seus pavimentos construídos em prédios interligados. Costa (2011) consistiu nestas análises, e foi mais um autor a ratificar que houve o conseqüente abandono do modelo arquitetural pavilhonar dos hospitais colônias, típico dos modelos de hospital de assistência psiquiátrica, bastante disseminados entre o final do Império e o limiar republicano, sendo o padrão mais antigo e conhecido aquele do Hospital Psiquiátrico Pedro II.

No começo do século XX, o sistema arquitetural monobloco, criado nos Estados Unidos da América, atraiu cada vez mais os engenheiros, arquitetos e planejadores hospitalares, pois, parecia ser a resposta a uma modernidade mais própria ao novo século.

As interpretações de Nikolaus Pevsner influenciaram Costa (2011) a perceber que a “mudança pôde ser também descrita como da passagem do período pré-antisséptico... Se a bacteriologia estava certa, a necessidade dos pavilhões havia acabado”. Pevsner, Oschner e Sturm teriam escrito, em 1907, que o pavilhão ‘não pode mais ser usado como base para a construção hospitalar’ e que a nova tendência era o ‘edifício compacto de vários andares’”. Essas seriam as vantagens do hospital monobloco – quanto mais alto melhor. Segundo Nikolaus Pevsner, a ideia “repousa na preservação da circulação do pessoal de serviço e nos dutos, isto é, calefação, iluminação, limpeza e muito mais”.

A estrutura arquitetural do edifício do Sanatório Barros Barreto foi construída no estilo de hospital monobloco, comum na arquitetura hospitalar do pós-Segunda Guerra, ou, em estruturas de múltiplos blocos verticais, tipologia marcante do século XX. Sobre a amplitude do novo modelo assistencial, referência para a capacidade de atendimento do Sanatório Barros Barreto, ainda os relatos do *Correio da Manhã* (1956, p.12) afirmaram:

O Dr. Lourival Ribeiro da Silva, diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, que acaba de regressar de uma viagem de inspeção ao Norte e Nordeste do país, declarou [...], que o combate àquela doença se vem intensificando em todo o território

nacional [...]. Aludindo ao caso particular do Pará, informou o diretor do Serviço Nacional de Tuberculose que está prevista para a primeira quinzena de janeiro do ano próximo à inauguração do sanatório Barros Barreto, em Belém, com capacidade de 200 leitos, organização hospitalar que representa substancial reforço à assistência aos tuberculosos daquele Estado.

Abreu Junior e Miranda (2014) assinalaram que o início do funcionamento do Sanatório Barros Barreto deu-se em 1959, quando recebeu os pacientes do Hospital Domingos Freire. Esse fato foi apontado pelos dois autores como mais significativo do que uma simples troca de hospital. Contrariamente, esse fato significou o fim de uma era de epidemiologia da tuberculose incerta e bastante empírica, em que a única forma de evitar a disseminação de certas doenças infectocontagiosas era o isolamento absoluto dos pacientes acometidos, com total restrição ao contato social, o que perdurava, muitas vezes, até a morte do paciente.

Figura 13— A estrutura arquitetural monobloco do Sanatório Barros Barreto (1973)



Fonte: Miranda; Leal (2020).

Entre os anos de 1945 e 1970, inaugurou-se a mudança na epidemiologia da tuberculose através da introdução da moderna quimioterapia no formato das drogas anti-micro-bacterianas. De acordo com Rosemberg (1999), com os avanços promovidos pela medicina bacteriológica, o pneumotórax caiu em desuso, e, em seu lugar, houve a introdução da droga estreptomicina e do esquema tríplice de associação de medicamento (estreptomicina,

hidrazida e ácido para-amino-salicílico) no tratamento da enfermidade. E somado ao tratamento dos pacientes já infectados, Antunes, Waldman e Moraes (2000) mencionaram que houve a introdução da profilaxia contra a tuberculose para a população ainda não infectada através da vacina BCG (Bacilo de Calmette e Guérin).

Figura 14– Droga antibacteriana Estreptomicina



Fonte: FARMACIAINFORMATIVA (24 maio, 2023).

Em relação à terapêutica na abordagem da tuberculose no Sanatório Barros Barreto, assim que assumiu a direção da instituição, o Dr. Antônio de Oliveira Lobão procedeu imediatamente à atualização dos prontuários e tomou a deliberação de mandar realizar o lavado brônquico de todos os pacientes, com cultura, para a verificação de testes de sensibilidade aos diversos “tuberculostáticos, como estreptomicina, ácido-para-amino-salicílico e hidrazida de ácidoisonicotínico” (História do HUIBB, 1990, p. 10).

Stolf e Braile (2012) assinalaram que no Brasil foi crescente o interesse na realização de procedimentos experimentais que permitissem a implantação das novas tecnologias médicas ao curto prazo. Tal foi o caso da cirurgia cardíaca, que entre os anos 1950 e 1960, estavam sendo estabelecidas novas bases nesta área. E nesse processo, o então médico e professor Euryclides de Jesus Zerbini, acompanhado da médica Dra. Dirce Costa Zerbini, sua esposa, ampliaram seus conhecimentos na especialidade na cidade de Minneapolis, considerada a meca da Cirurgia Cardíaca à época, em cuja excursão de especialização, eles familiarizaram-se com a circulação extracorpórea e as técnicas que envolviam as complexas operações intracardíacas.

O “Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto” (1976) mencionou que o Sanatório planejou a sua organização contando com recursos humanos dos quadros de pessoal do sanatório, realizando o treinamento daqueles servidores necessários a

desenvolver as atividades do serviço de doenças tropicais e com pessoal qualificado procedente de outras instituições de convênio, para a assistência à clientela de tuberculose, complementando a deficiência numérica a ser verificada com a implantação de novos programas.

Nos relatos do ex-diretor, à época diretor interino, Dr. Almir José Gabriel, proferidos em um Congresso de Cardiologia, no qual ele realizou um balanço da ampliação dos serviços hospitalares ocorridos Sanatório Barros Barreto no limiar da década de 1960, ele informou: “Já passaram por aqui quase 5.000 doentes e foram feitas cerca de 2.000 cirurgias. Em 1961 o grupo do Prof. Zerbini operou coração no nosso CC (Centro Cirúrgico)” (informação verbal).

Representando a chegada da inovação no campo da ciência médica na Amazônia paraense, a Cirurgia Torácica e Cirurgia Cardiovascular foram introduzidas no Sanatório Barros Barreto através da equipe médica chefiada pelo Dr. Zerbini, médico experiente na realização das cirurgias torácicas em pacientes portadores de tuberculose.

De acordo com o que Stolf e Braile (2012) afirmaram, o médico e professor Zerbini trouxe dos EUA para o Brasil os fundamentos da Cirurgia Torácica moderna e o embrião da Cirurgia Cardíaca, realizando no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo a segunda cirurgia de Blalock-Taussig no Brasil. De acordo com eles, a Cirurgia de Blalock-Taussig realizada por Zerbini consistiu na primeira ligadura de um ducto arterial patente em um jovem de 18 anos, tendo sido também o primeiro a reparar uma coarctação da aorta no País.

A despeito da inovação científica que a cirurgia cardíaca trouxera no campo da ciência médica na Amazônia paraense, muito antes do Sanatório Barros Barreto tornar-se o Hospital Barros Barreto, havia um espaço destinado à pesquisa científica em saúde.

De modo incipiente, houve a preparação da infraestrutura para o ensino universitário de médicos e enfermeiros, nutricionistas, biólogos, assistentes sociais e outros, no ano de 1966, para o desenvolvimento de atividades nos anos subsequentes, contando com os recursos provenientes do MEC, Governo do Estado do Pará e órgãos da Previdência Social (Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto, 1976, p. 2).

O primeiro diretor do Sanatório Barros Barreto, o Dr. Antônio Lobão, pediu demissão do cargo no ano de 1961; em seu lugar, assumiu como diretor interino, o Dr. Almir José Gabriel, cuja gestão administrativa hospitalar compreendeu os meses de abril e maio de 1961, enquanto se aguardava a nomeação do Dr. Raimundo Pereira de Oliveira, que administrou o Sanatório de maio de 1961 a fevereiro de 1962.

Em 15 de fevereiro de 1962, o Dr. Almir José Gabriel foi reconduzido à diretoria do Sanatório Barros Barreto, dando execução ao projeto da criação e o fortalecimento do Centro

de Estudos do Sanatório Barros Barreto, com o objetivo, ainda embrionário, de utilizá-lo como:

a) meio de aperfeiçoamento profissional de pessoal existente; b) função “tampão” sobre as pressões externas atuantes sobre o hospital; c) divulgação das normas do Sanatório; d) meio para a melhoria dos resultados da luta contra a tuberculose ao nível local” (informação verbal).

Nas narrativas de memórias do Dr. Almir José Gabriel, o Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto representava um grande passo na preparação da infraestrutura para o ensino acadêmico e a pesquisa científica na instituição:

Temos um Centro de Estudos que se gaba de algumas coisas: topa com a ciência, mas acha que ela só é útil quando colocada a Serviço da Coletividade. Com a liderança do C.E. foi feita uma verdadeira revolução na Luta contra a Tuberculose no Estado. Hoje, o mais humilde tem mais facilidade para tratar os pulmões, que muito graúdo por aí. Fizemos um Congresso Nacional em 1966, com 600 participantes. Demos três cursos de Pneumologia e este ano virão dois cobrões para outros tantos (informação verbal).

O fortalecimento do Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto possibilitou a atração de outros médicos, permitindo o aumento da capacidade de cobertura de saúde do referido sanatório, expandindo a finalidade de melhor atender a alta demanda dos pacientes, em virtude da ação assistencial diminuta dos hospitais do Estado e do Município, apesar de bons profissionais que lá desempenhavam suas funções.

De acordo com a “História do HUIBB” (1990), em meados de 1960, o serviço de Raio-x já vinha prestando relevantes serviços, realizando a radiografia e a tomografia necessárias aos pacientes internados. Nessa mesma época, o serviço de Anestesia e Endoscopia estava funcionando, tendo realizado muitas broncoscopias, aplicação de gazoterapia, aerossol e algumas anestésias.

O documento citou, entre outras atribuições, que como apoio técnico, o Sanatório dispunha de Serviços de: Arquivo Médico e Estatística; Enfermagem; Nutrição e Dietética, Serviço Social; Serviço de Saúde dos Servidores; e realização de cursos e estágios acadêmicos. Na área administrativa, o sanatório dispunha de: serviço de Pessoal; setor de Contabilidade; setor de Material, Conservação e Reparos (História do HUIBB, 1990, p. 6).

Após o ano de 1964, a situação dos pacientes encaminhados pelo Hospital de Isolamento do Estado Domingos Freire fugia às normas recomendadas pelo Serviço Nacional de Tuberculose; em reunião do Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto, ficou estabelecido não ser mais possível o recebimento de tais pacientes, em função dos estágios muito avançados da tuberculose, com o histórico de vários anos de hospitalização e

seguramente sem a possibilidade nenhuma de recuperação ou reabilitação médica (História do HUIBB, 1990, p. 6).

Dessa forma, a expansão das atividades assistenciais do Sanatório Barros Barreto passou a englobar progressivamente as atividades de ensino acadêmico na formação e capacitação de recursos humanos, pesquisa científica em saúde e a expansão da cobertura assistencial no Sanatório Barros Barreto, definindo assim a necessidade de reestruturação institucional do hospital, de modo que as atividades dessa instituição tornaram-se altamente complexas, se comparada às atividades executadas nos anos iniciais do sanatório.

Atendendo à necessidade da reestruturação física do Sanatório Barros Barreto, ao longo do ano de 1960, procedeu-se a abertura do 4º, 5º, 6º e o restante do 3º pavimento da ala oeste, promovendo a destinação de 10 leitos para pneumopatias não tuberculosas. Com isso, ocorreu então: o incremento do número de profissionais; a unificação de pensamento e critério único quanto ao tratamento, admissão e alta; foi possibilitado um salto na relação custo/benefício, além da dinamização dos leitos; foi efetivada a implantação da cirurgia torácica como o complemento da cirurgia de tuberculose, permitindo ao Sanatório Barros Barreto alcançar uma posição de relevo entre os Sanatórios do Brasil.

Entre as décadas de 1960 e 1980, esse processo foi sendo ampliado devido às inovações técnico-científicas e arquiteturas que ocasionaram um novo modelo de assistência médica e social, transformando o antigo Sanatório Barros Barreto no Hospital Barros Barreto durante o novo regime político autoritário instalado no país a partir de março de 1964.

4 HUIBB: CONTRATUALIZAÇÃO PELO SUS COMO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

4.1 A conjuntura política

Na dimensão conjuntural das políticas “desenvolvimentistas” do regime civil-militar e representando uma fração do investimento no setor da saúde durante a vigência da Operação Amazônia, entre 1960 e 1970, o Sanatório Barros Barreto institucionalizou-se enquanto uma instituição de assistência médica que passou progressivamente a englobar as atividades de ensino acadêmico e de pesquisa científica, estabelecida com recursos orçamentários do governo militar iniciado no Brasil após o golpe de 31 de março de 1964, considerado um marco de um longo período na história política do período republicano brasileiro.

Na conjuntura que caracterizou o pré-golpe militar, as atividades de direção do Dr. Antônio de Oliveira Lobão, nos primeiros anos de funcionamento do sanatório procediam à realização da fiscalização e supervisão de todos os setores técnico-administrativos do Sanatório Barros Barreto (História do HUIBB, 1990, p. 6).

Segundo o Dr. Antônio Lobão, primeiro diretor do Sanatório Barros Barreto, apesar do cenário político conturbado, a direção mantinha entendimentos com diversos órgãos públicos e particulares com relação aos assuntos de interesse do sanatório, como a Secretaria de Estado de Saúde Pública, a SPVEA, Serviço Especial de Saúde Pública, Delegacia Federal da Saúde da 3ª Região, Departamento Nacional de Endemias Rurais, Departamento de Águas do Estado, INPS, Forças Armadas, Faculdade de Medicina da UFPA, ICOMI, banco Sulamérica, e outros (História do HUIBB, 1990, p. 6).

Em 1959, o Dr. Antônio de Oliveira Lobão tentou conseguir junto à SPVEA recursos para a aquisição de equipamentos que faltavam, como: gabinetes de serviços auxiliares, laboratório, bloco cirúrgico e até uma central telefônica automática com capacidade para 50 aparelhos. Todavia, o Dr. Antônio de Oliveira Lobão não conseguiu verbas na SPVEA para a dotação orçamentária neste ano (História do HUIBB, 1990, p. 6).

Nesse cenário político conturbado, no ano de 1960, o Sanatório Barros Barreto teve a oportunidade de firmar um convênio com a SPVEA, e logo após a assinatura do convênio, recebeu 50% do valor previsto, com os quais foi possível arcar com as despesas imprescindíveis de manutenção do sanatório, em virtude do retardamento da liberação das verbas consignadas no orçamento ordinário do governo federal (História do HUIBB, 1990, p. 7).

Em meio ao cenário político conturbado, ao nível estadual, nas narrativas de memória do Dr. Antônio Lobão, presentes na “História do HUIBB” (1990), sobressaiu-se o entendimento que foi mantido entre o Sanatório e a Secretaria de Estado de Saúde Pública, durante a reunião realizada com o secretário de Saúde e com o coordenador do Serviço de Tuberculose do Estado do Pará e dos chefes dos Dispensários Antituberculose da Secretaria.

No documento acima mencionado nesta reunião, ficou estabelecido que as internações no Sanatório João de Barros Barreto, de pacientes sem nenhuma ligação com qualquer Instituto de Previdência, seriam feitas sempre por intermédio de guias de transferência expedidas pelos Dispensários. De acordo com as memórias dele registradas: “tal decisão foi divulgada em forma de edital nos principais jornais de Belém, para dar conhecimento à população” (informação verbal).

O Dr. Antônio de Oliveira Lobão registrou que, com essa medida, o Sanatório conseguiu, durante algum tempo, diminuir os pedidos de internação feitos indiscriminadamente, e ficou com as possibilidades mais fáceis de negar tais pedidos e “assim enquadrar o Sanatório em suas reais finalidades” (História do HUIBB, 1990, p. 6).

Enquanto isso, no cenário político nacional, Fico (2004) elencou que as transformações estruturais do capitalismo brasileiro, a fragilidade institucional do país, as incertezas que marcaram o governo de João Goulart, a propaganda política do IPES⁶⁵ e a índole golpista dos conspiradores, especificamente dos militares, foram as causas, macroestruturais ou micrológicas, que deveriam ser levadas em conta nas considerações como as razões do golpe militar de 1964, tanto condicionantes estruturais quanto processos conjunturais, além dos episódios imediatos.

De acordo com Araújo e Joffily (2019), não era a primeira vez que um golpe derivou em um governo militar ditatorial, que se iniciou em 1964 e terminou em 1985. O golpe que implementou os regimes militares marcados pelo autoritarismo pode-se visualizar através de várias dimensões. Houve interpretações que adotaram a cronologia tradicional, que partiu do golpe de 1964 à posse do primeiro presidente civil após a ditadura, em 1985⁶⁶; porém, houve

⁶⁵ Ipes é a sigla do Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais. De acordo com as análises de Christiane Jalles de Paula, membro do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC), o Ipes foi fundado oficialmente em 2 de fevereiro de 1962, no Rio de Janeiro, resultando da fusão de grupos de empresários organizados no Rio e em São Paulo, e rapidamente ganhou a adesão das classes produtoras dos outros estados da federação. Durante o acirramento das “reformas de base” do governo Jango, houve o incitamento nos membros do IPES acerca da percepção de que o país marchava inexoravelmente para o comunismo e que cabia aos “homens bons” a interrupção desse processo. Jalles de Paula assinala que se iniciou através desse Instituto a promoção de intensa campanha antigovernamental, associando as propostas do governo ao comunismo. Sobre isso, ver: Paula (s/d); FGV; CPDOC, (2020).

⁶⁶ Chagas (2014); Napolitano (2014).

interpretações que defenderam que a ditadura apenas se iniciou com a promulgação do Ato Institucional nº 5, em dezembro de 1968, momento que, de acordo com as autoras, representou indiscutível contexto de acirramento do regime⁶⁷.

Petit argumentou que, depois do golpe militar, no dia 21 de maio de 1964, iniciaram-se os trabalhos da Comissão de Investigação Sumária (CIS), presidida pelo general Bandeira Coelho, então interventor na SPVEA, que teve na CIS a instituição destinada a apurar as denúncias de corrupção e malversação de fundos públicos feitas contra integrantes do governo estadual e a prefeitura de Belém. Petit assinalou que as responsabilidades apuradas pela Comissão de Investigação Sumária não se restringiram ao possível uso indevido de dinheiro público ou corrupção, também visavam analisar as atividades políticas dos membros do governo estadual e da prefeitura de Belém.

Em 9 de junho de 1964, o governador e vice-governador do Pará, Aurélio do Carmo e Newton Miranda, respectivamente, e o prefeito de Belém, Moura Carvalho, e vice-prefeito, Isaac Soares, teriam suspensos seus direitos políticos por um período de dez anos e foram cassados, portanto, os seus respectivos mandatos.

No dia 12 de junho de 1964, cassados os mandatos do governador e vice-governador, a Assembleia Legislativa escolheu por unanimidade, como governador do Pará o tenente-coronel Jarbas Gonçalves Passarinho e, para o cargo de vice-governador, o empresário Agostinho Monteiro, ex-deputado federal eleito em 1946 pela legenda da União Democrática Nacional (UDN). Petit (2003) ainda assinalou que em junho de 1964, os vereadores da Câmara Municipal de Belém elegeram o tenente-coronel do exército Alacid da Silva Nunes para tomar posse como o prefeito da capital do Pará, em substituição a Moura Carvalho.

O texto 'História do HUIBB', já citado, registra menções sobre esses acontecimentos e informa que naquele ano, o Dr. Antônio de Oliveira Lobão recebeu um ofício do coordenador do Serviço de Tuberculose do Estado do Pará, informando que estavam suspensos os encaminhamentos de pacientes através dos dispensários, uma vez que o secretário de Estado de Saúde Pública pretendia fechar o Hospital de Isolamento do Estado, isto é, o Hospital Domingos Freire, e desejou que todas as vagas deste hospital passassem a ser destinadas ao Sanatório Barros Barreto, pois “(...) somente no Sanatório poderiam ter a sua situação resolvida” (História do HUIBB, 1990, p. 6).

De toda forma, as análises de Junior e Miranda (2019) deram conta de que o golpe militar de 1964, que inaugurou os governos militares entre as décadas de 1960 e 1970, no

⁶⁷ Villa (2014).

âmbito da saúde, caracterizou-se por ser o período de muitos contatos do Sanatório Barros Barreto com os órgãos públicos e particulares de âmbito nacional e estadual.

O “Relatório de Controle de Doenças Tropicais do Hospital Barros Barreto” (1976) mencionou que o Sanatório Barros Barreto se manteve atuante na busca por mais recursos financeiros para que o hospital pudesse, com efeito, funcionar. Esses recursos foram advindos da Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia, INPS, Governo do Estado do Pará, além de firmar cooperação científica com institutos de pesquisa nacionais como a Fundação Oswaldo Cruz, o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), e na Amazônia, houve a cooperação com o Instituto Evandro Chagas (IEC).

4.2 O Sanatório torna-se o Hospital Barros Barreto

Batista (2016) assinalou que, institucionalmente, a “Operação Amazônia” consistiu em um conjunto de instrumentos legais, desdobrados em medidas técnicas e administrativas, que orientaram a ação estatal na região, representando um marco referencial da estratégia de intervenção do Estado nacional brasileiro na Amazônia, cuja atuação operacionalizou uma série de medidas relativas ao desenvolvimento de forças produtivas modernas na realidade regional. Batista assinalou que no bojo da Operação Amazônia, a política de incentivos fiscais aplicados à região foi regulamentada pela Lei n. 5.174, de 27 de outubro de 1966, e previu que todas as pessoas jurídicas registradas no país poderiam deduzir no imposto de renda e seus adicionais “para fins de interesse para o desenvolvimento da Amazônia”.

Os registros do primeiro diretor do Sanatório João de Barros Barreto, Antônio de Oliveira Lobão, mencionaram que as medidas estipuladas pela coordenação do Serviço de Tuberculose do Estado do Pará vieram para modificar o ritmo de trabalho com relação às internações, pois o Sanatório passou a receber pacientes já não perfeitamente enquadrados nas normas estabelecidas, assim como voltou a ter sérias dificuldades com os inúmeros pedidos de internação feitos diretamente ao Sanatório Barros Barreto, “muitos dos quais, vindos dos Dispensários, declarando que somente no sanatório poderiam ter a sua situação resolvida” (História do HUIBB, 1990, p. 6).

O Dr. Antônio de Oliveira Lobão, no documento já referido, informou que, a resolução do Serviço de Tuberculose do Estado do Pará foi tomada em face da análise feita de que a transferência indiscriminada desses pacientes para o Sanatório Barros Barreto era incorreta e que iria efetuar um bloqueio, por tempo indeterminado, de um grande número de leitos, transformando o Sanatório de Tuberculose “em um verdadeiro abrigo de luxo, tendo

em vista suas condições e o elevado custo de doente por dia” (História do HUIBB, 1990, p. 6).

De acordo com Miranda e Abreu Junior (2019), ainda faltavam equipamentos para o laboratório, bloco cirúrgico, central telefônica, por exemplo: os exames laboratoriais eram realizados externamente, além disso, havia poucos médicos atuando; as suas atividades eram limitadas ao atendimento de pacientes na visita médica, não existindo serviço de plantão. As próprias emergências médicas eram resolvidas pelo entrosamento com o serviço de enfermagem, por meio da comunicação telefônica.

Os registros do Dr. Antônio de Oliveira Lobão indicaram que o Sanatório Barros Barreto não deveria destinar leitos para os casos sem solução, fossem eles clínicos ou cirúrgicos, em detrimento de casos recuperáveis, e isso já vinha acontecendo no sanatório:

Na opinião de Antônio Lobão, em função do grave problema epidemiológico da época, principalmente em decorrência de prevalência da doença, que aumentava a cada dia, a custo dos doentes crônicos e irrecuperáveis, que tinham sua vida prolongada pelos medicamentos, o Estado deveria manter um hospital-abrigo que viria resolver uma série de problemas médicos e sociais (informação verbal).

O Serviço de Cirurgia ainda não havia entrado em funcionamento na parte relativa à cirurgia torácica, já tendo, entretanto, algumas operações de cirurgia geral. A “História do HUIBB” (1990) indicou que no serviço de Enfermagem, o trabalho da enfermeira-chefe Cleusa Passos da Silva, que além de suas atribuições junto aos pacientes e médicos, teve ao seu encargo o preparo de todo o pessoal auxiliar admitido para o Sanatório, realizando cursos e estágios, tanto para o trabalho em área contaminada como em área limpa: “Os candidatos aprovados nos cursos eram aproveitados de acordo com a necessidade do Sanatório, desempenhando suas funções nas enfermarias, na cozinha, na lavanderia, rouparia, no serviço de limpeza etc. (informação verbal).

O diretor ressaltava, ainda, as atividades na área social, que eram realizadas junto aos pacientes internados desde o início do funcionamento do Sanatório, embora no início não houvesse o Serviço Social efetivo. Dentre as atividades, ele destacou o apoio na busca de “emprego para os pacientes que recebiam alta, assistência religiosa e a realização de festas de Natal, Páscoa e São João, além de outras comemorações, inclusive com shows” (História do HUIBB, 1990, p. 9). Outra atividade social interessante relatada por Antônio Lobão era a existência de um jornal dos internados, denominado “Sanabar”, utilizado para a expressão de seus pensamentos.

Os textos da “História do HUIBB” (1990) informam que era uma grande preocupação do diretor que o Sanatório Barros Barreto cumprisse, de fato e com eficiência, a finalidade para a qual havia sido construído. E isso, de acordo com ele, dependia do apoio de todos os órgãos envolvidos na luta antituberculose no Estado do Pará.

De acordo com a manifestação do diretor acerca das normas, o Sanatório Barros Barreto deveria receber somente os pacientes encaminhados pelos Dispensários, que, nos termos do diretor eram os: “Únicos órgãos, na sua opinião, capazes de selecionar os casos que fossem para os sanatórios, abrigos ou ainda para isolamento domiciliar” (informação verbal).

Segundo as suas ordens, para o Sanatório Barros Barreto, deveriam ser enviados apenas os pacientes com chances de cura ou com formas avançadas da tuberculose, “mas que ainda fossem sensíveis aos tuberculostáticos, ou seja, que tivessem chance de recuperação” (História do HUIBB, 1990, p. 9).

Os registros, já referidos, também informam que durante muito tempo o Dr. Antônio Lobão acumulou as funções de diretor e de médico assistente dos pacientes internados, que em conjunto com outros colegas, de acordo com a autorização da Diretoria do Serviço Nacional de Tuberculose, “vieram dar sua valiosa contribuição”. Na época, a atividade de serviço clínico estava restrita ao atendimento dos pacientes na visita médica, “não havendo ainda serviço de plantão”. Por outro lado, “as emergências eram resolvidas pelo entrosamento com o serviço de Enfermagem, através de comunicação telefônica a qualquer hora”.

O quadro a seguir apresenta um inventariado dos profissionais da área da saúde que trabalharam no Sanatório Barros Barreto nos seus primeiros anos de funcionamento.

Quadro 1– Relação dos profissionais da saúde do Sanatório Barros Barreto (1957-1964)

Profissional	Especialidade	Serviço
Dr. Antônio de Oliveira Lobão	Tisiologia/Pneumologia	Direção/Clínica Médica
Dr. José Bráulio dos Santos	Infectologista	Exames laboratoriais
Dr. Antônio Nascimento Araújo	Tisiologista	Clínica Médica
Dr. Lindolfo Pedro Ayres	Tisiologista	Clínica Médica
Dr. José Henriques Ortiz Vergolino	Radiologista	Serviço de Raio-X

Rui da Silva Ventura	Anestesiista/ Endoscopista	Clínica Médica
Cleusa Passos da Silva	Enfermagem	Serviço de Enfermagem

Fonte: História do HUIBB (1990).

A partir dos dados da imagem acima, se pode constatar referências advindas dos registros do Dr. Antônio de Oliveira Lobão. Esse diretor mencionou que nos anos 1960, o Sanatório Barros Barreto contou com a colaboração do Infectologista, Dr. José Braulio dos Santos, que vinha realizando os referidos exames em seu laboratório particular, já que o laboratório do Sanatório ainda não estava devidamente aparelhado. O texto menciona, a partir dos registros do diretor, no que se refere ao serviço de Raio-X, para que pudesse entrar em funcionamento, teve que sofrer uma revisão completa de toda a sua aparelhagem, em virtude de apresentar dificuldades técnicas.

Assim, devido aos aparelhos terem permanecido por muito tempo sem utilização após a sua montagem, o Dr. Antônio de Oliveira Lobão tomou a seguinte medida:

Entrou em entendimento com a Casa Lohner S.A., empresa fornecedora do equipamento, que enviou um técnico alemão para realizar todos os serviços desses itens principais, Antônio Lobão teve a oportunidade de constatar, posteriormente, várias outras necessidades (informação verbal).

O “Relatório de Controle de Doenças Tropicais do Hospital Barros Barreto” (1976) assinalou que, após a demissão, a pedido do Dr. Antônio de Oliveira Lobão, assumiu como diretor interino o Dr. Almir José Gabriel, enquanto se aguardava a nomeação do Dr. Raimundo Pereira de Oliveira. O Dr. Almir Gabriel, depois de assumir a diretoria do Sanatório Barros Barreto, implementou na sua gestão inúmeras inovações administrativas, técnicas e científicas, ao ponto de sua memória como diretor ser intensamente lembrada no âmbito da memória institucional do Hospital, até por parte dos profissionais de saúde entrevistados.

Desse contexto de introdução de inovações na área da saúde – a partir das memórias do Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira, 77 anos, médico pneumologista aposentado do Sanatório Barros Barreto, ex-diretor desta instituição quando se tornou o Hospital Universitário –, pôde-se detalhar os seguintes registros sobre o Sanatório nos anos de 1960:

Não tem mais Delegacia Federal de Saúde, mas tinha lá sobre o início do hospital, que foi em 1950 a pedra fundamental. Aí ficou o esqueleto. Lá o doutor Almir Gabriel começou a revigorar, tanto que o Barros Barreto e o doutor Almir Gabriel andam juntos. Devem a ele sim esse trabalho todo. Claro que ninguém consegue sozinho, mas, esse entendimento de quem conhece o hospital e que fosse ajudar as pessoas era ele (informação verbal).

De acordo com Baptista (2005), a extinção das Delegacias Federais de Saúde demarcou o declínio da fase “sanitarista-campanhista”, caracterizada pela centralização das políticas de saúde frente às fragilidades dos governos locais e ao incipiente conhecimento sanitário do país, causado pela falta de informações. Os anos de 1950 foram marcados pela separação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, este criado em 1953, tornando-se o órgão exclusivamente voltado para as questões de saúde pública.

A autora citada indicou que em 1956 houve a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNRu) para a atuação no combate às grandes endemias rurais e às epidemias. Em seguida, houve a realização da III Conferência Nacional de Saúde, que trouxe a rediscussão da redistribuição de responsabilidades sobre a saúde entre os entes federativos, a avaliação crítica da realidade sanitária e a proposição para a municipalização dos serviços.

Baptista (2005) assinalou que o legado desse contexto aos anos 1960 foi marcado pela era do tecnicismo, acompanhado pela evolução do conhecimento científico e biomédico, a exemplo dos betabloqueadores, quimioterapia por antibióticos, cirurgia cardiotorácica, etc. Memórias desse período apresentaram-se nos registros de memória do Dr. Aristóteles Miranda, homem nascido em Belém a 30 de janeiro de 1954, que cursou Medicina na Universidade Federal do Pará, formando-se a dezembro de 1977. Ele fez a Residência Médica em cirurgia vascular no Rio de Janeiro e voltou para Belém, e sobre o seu retorno, ele afirmou: “aqui eu fiz depois uma licenciatura em Letras, fiz um mestrado em Letras e o mais adiante doutorado, um doutorado em biologia e parasitologia de Agentes Infecciosos numa linha de pesquisa que a gente podia chamar de epidemiologia e história”.

Ele exerceu o ofício de cirurgião-médico cardiovascular, e hoje ele se encontra aposentado após décadas de trabalho no Hospital João de Barros Barreto. Nessa conjuntura, ele lembrou: “o Zerbini operou um garoto no Barros Barreto – por sinal esse garoto chegou a trabalhar no hospital, Guilherme, já morreu – nas pesquisas de trabalhos”.

As memórias do Dr. Aristóteles Miranda tocaram na questão da cirurgia cardíaca. De acordo com ele, existia no Brasil, mas, nos Estados Unidos existia a cirurgia cardiotorácica, explicando, em seguida, nestes termos:

E essa fase inicial da cirurgia cardíaca ela é [era], digamos assim, ela é [era] muito ligada à cirurgia do tórax, tanto que a formação do Almir Gabriel era de cirurgia do tórax, a formação do Elias Kalume era de cirurgia do tórax, e eles faziam cirurgias cardíacas aqui porque era novidade (informação verbal).

Segundo ele, a residência de cirurgia da Universidade Federal do Pará estava ligada ao curso de Medicina e funcionava na Santa Casa de Misericórdia, “e quando passou a ir para

o Barros Barreto, todos passaram para o Barros Barreto”. E sobre a situação da cirurgia torácica no Sanatório Barros Barreto, o Dr. Aristóteles Miranda ainda mencionou que:

O grosso [da cirurgia torácica] era tuberculose. Com o advento das medicações e tudo, e com a mudança das políticas de saúde é que houve mudança, mas a história conta que o paciente tuberculoso ele era internado para tratar tuberculose, receber medicação quando ficava internado meses, anos, e em algumas situações era necessário fazer cirurgia para tirar aquela parte do pulmão, ou um derrame pleural, ou alguma coisa assim pela cirurgia de tórax. Era tecnicamente, era para Tuberculose, para paciente tuberculoso, porque era o grosso da clientela, vamos dizer (informação verbal).

Nessa era de inovações científicas, marcada pelo tecnicismo nas estruturas das organizações e sistemas de saúde do Brasil na década de 1960, o Sanatório Barros Barreto teve na cirurgia torácica o “carro-chefe” das inovações no campo da saúde dentre os hospitais do Estado do Pará.

Além da cirurgia torácica, em 15 de fevereiro de 1962, o Dr. Almir Gabriel, assumindo pela primeira vez a diretoria, iniciou o fortalecimento do ensino acadêmico em ciências da saúde e da pesquisa científica em saúde coletiva através do Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto, criado para promover os estudos voltados para o controle das doenças endêmicas, além da tuberculose.

Os escritos de o “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976) indicam que o fortalecimento do Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto serviu também como meio de atração de outros médicos, permitindo o aumento da capacidade do sanatório com o fito de melhorar o atendimento à alta demanda, uma vez que a ação dispensarial era insuficiente, “apesar dos bons profissionais que lá desempenhavam suas funções”.

Em julho de 1965, foi a vez do Dr. Almir José Gabriel pedir a demissão do cargo de diretor do Sanatório. Consta nos escritos de o “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976) que ele foi sucedido por administrações que adotaram a mesma diretriz de trabalho, com o desenvolvimento de obras diversas, a exemplo da gestão do Dr. Lindolfo Pedro Aires (julho de 1965 a julho de 1968), do Dr. Valry Bittencourt Ferreira (julho de 1968 a julho de 1969) e do Dr. Luiz Eduardo Soares Carneiro (julho de 1969 a setembro de 1971).

No documento “Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto” (1976), verifica-se que em 1972 a administração do Sanatório participou de encontros sobre saúde na região amazônica, atendendo a observações feitas acerca da carência de leitos disponíveis na área e insuficientes a atender a demanda de clínicos prioritários, além da inexistência de serviços capazes de assistir pacientes portadores de doenças tropicais já

incidentes e cuja prevalência necessariamente deveria aumentar com a construção de rodovias de integração nacional⁶⁸.

A execução das diretrizes do I Plano Quinquenal (1967-1971) atravessou o segundo governo militar do Brasil, o do general Costa e Silva (1967-1969), e parte do governo militar sucessor, de Emílio Garrastazu Médici (1969-1974). A partir do governo Médici, os governos militares subseqüentes reatualizaram os princípios de integração nacional, da ocupação econômica e de promoção do desenvolvimento regional.

A partir dessa política de ocupação ostensiva da Amazônia por parte do governo federal, a cidade de Belém emergiu como o núcleo de convergência, e na já existente infraestrutura do Sanatório Barros Barreto acabou-se por dar início ao projeto do acabamento da ala leste e seu aproveitamento para atender a portadores de doenças tropicais, seja do ponto de vista assistencial, como preventivo, e de interesse à pesquisa que, muitas das vezes, era iniciada no Instituto Evandro Chagas e não podia ser continuada e concluída sem a presença do paciente em local onde ele pudesse ser encontrado (Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto, 1976, p. 1).

A fonte acima mencionou que, para a efetivação do projeto estabelecido, foi necessário que se propusesse uma reformulação físico-funcional no Sanatório Barros Barreto. Para isso, recursos de várias fontes foram investidos em obras executadas “a tal ponto que no momento, mantêm-se as áreas de internação dos pacientes portadores de tuberculose reformadas e reequipadas e as destinadas aos pacientes doenças tropicais”. Porém, naquela conjuntura essas áreas encontravam-se em fase final de instalação.

No “Relatório de Controle de Doenças Tropicais do Hospital Barros Barreto” (1976) ainda menciona-se o objetivo da reestruturação físico-funcional realizada nesta conjuntura do terceiro governo militar, entre os anos de 1974 e 1976, que era dar assistência médico-hospitalar a 3.080 pacientes portadores de doenças tropicais de alta incidência na região

⁶⁸ Foi a partir do Programa de Integração Nacional, de 1970, que a ocupação massiva, e a qualquer preço, da Amazônia, deslançou. A Lei n. 5.174 dispunha sobre a concessão de incentivos fiscais em favor da região amazônica, assim como expunha outras providências. Ressaltamos que o I Plano Quinquenal (1967-1971) foi elaborado na gestão do General de Divisão, Mário de Barros Cavalcanti, que uma vez aprovado o Decreto n. 60.296, de 03 de março de 1967, o objetivo seria que o plano fosse executado pela SUDAM no período administrativo de 1967 a 1971, na área compreendida como Amazônia Legal. Dessa forma, o Estado brasileiro encarregou-se de planejar e executar a expansão capitalista na Amazônia; e em menor escala, o Plano Quadrienal de Desenvolvimento da Amazônia inscreveu-se no quadro de planos legislativos e decretos presidenciais, instituídos de 1966 a 1967, denominado de “Operação Amazônia”. A área brasileira, então conhecida como “Amazônia Legal”, foi delimitada e instituída pela Lei n. 5.173, artigo 2º, a compreender os Estados do Acre, Pará e Amazonas, e Territórios federais do Amapá, Roraima e Rondônia, e ainda pelas faixas dos Estados de Mato Grosso, a norte do paralelo de 16º, Goiás, a norte do paralelo de 13º, e o Maranhão, a oeste do meridiano de 44º (Pádua, 2000; Batista, 2016).

amazônica, a saber: malária, filariose, diarreias infecciosas, leptospiroses, arboviroses, sarampo, difteria, blastomicose sul-americana, leishmaniose, esquistossomose etc. A ampliação da cobertura de saúde teve por objetivo aumentar, progressivamente, o atendimento de 960, 1.440, 1.680 pacientes de enfermidades tropicais, respectivamente.

A reestruturação físico-funcional do Sanatório Barros Barreto atingiu a preparação da infraestrutura para o ensino universitário de médicos, enfermeiros, nutricionistas, biólogos, assistentes sociais e outros, no ano de 1976, para desenvolvimento de atividades nos anos subsequentes, contando com recursos provenientes do Ministério da Educação, Governo do Estado do Pará e órgãos de Previdência Social (Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto, 1976, p. 3).

A fonte acima indicou que o planejamento realizado entre os anos de 1976 e 1977 consistiu na realização da preparação da infraestrutura para a pesquisa de agentes etiológicos, de doenças de elevada incidência na área de distribuição e de epidemiologia ignorada para a implementação, em 1978, utilizando os recursos provenientes de convênios com o CNPq, Fundação Oswaldo Cruz e IEC. A justificativa para a inclusão residiu na existência na região amazônica de doenças tropicais, que em determinadas condições ocasionavam aos seus portadores alto risco de vida sem que contassem com unidades de internação instaladas para interná-los.

Ainda no ano de 1976, os institutos de pesquisa científica da Amazônia paraense, dentre eles o IEC, de bastante destaque, já vinham identificando a relação entre o desflorestamento como o impacto ambiental causado pelos grandes projetos do governo militar, e a intensidade na periodicidade dos surtos das doenças altamente endêmicas nas regiões de florestas de clima tropical.

A meta principal para a Amazônia do Ministro é a consolidação dos resultados obtidos no campo da malária visando ampliá-los. [...] já existem atualmente áreas extensas dentro da Amazônia as quais já estão libertas da malária, como do rio Solimões, de Tefé a Benjamim Constant. [...] Para o Dr. Décio Diogo, diretor substituto da Divisão Nacional de Tuberculose, os tuberculosos no Brasil atingem a casa dos 300 mil, revelando-se uma média de mortalidade de 40 por mil habitantes (Jornal Estado do Pará, 1977, p. 6)⁶⁹.

Esses problemas ambientais resultavam no padecimento das populações locais diante de doenças como a malária, a doença de Chagas, a febre amarela, a esquistossomose, o bócio, a cólera, a difteria, a meningite e a tuberculose, justificando assim a necessidade da captação de recursos financeiros e estabelecer os acordos de cooperação científica entre o Sanatório Barros Barreto e o Instituto Evandro Chagas, que enfrentava difícil situação.

Referiu-se também às pesquisas que estão sendo realizadas sobre o bócio – falta de iodo no sangue –, tracoma e doença de Chagas, atingindo-se em 60% da área do país. Quanto à esquistossomose, mais de um milhão de exames já foram feitos em todo o país (Jornal Estado do Pará, 1977, p. 6)⁷⁰.

Até o ano de 1941, existia na Amazônia o Instituto de Patologia Experimental do Norte (IPEEC), que foi renomeado Evandro Chagas, em homenagem ao seu fundador, morto em acidente aéreo em 1940. De acordo com Andrade (2007), a instituição transformou-se no IEC, e sobreviveu à falta de recursos e prosseguiu na realização de pesquisas científicas sobre as doenças infectocontagiosas e infecto-parasitárias de alta incidência na Amazônia, demonstrando, sobretudo, que as enfermidades que acometiam as comunidades locais eram resultantes dos impactos socioambientais sobre a natureza.

Estou preocupado com o Evandro Chagas, ele [o Ministro da Saúde] confessou para dizer a nível local, é necessária a definição de um propósito mais definido. Ainda que, conforme ele, “um acordo assinado há dois anos tenha vindo exigir a participação brasileira em todos os projetos, é inegável a necessidade de maior participação estrangeira”, inclusive explicou a grave deficiência ou mesmo inexistência de técnicos brasileiros especializados (Jornal Estado do Pará, 1977, p. 6)⁷¹.

Batista (2016) assinalou os recursos do Fundo de Investimentos Privados no Desenvolvimento da Amazônia (FIDAM) estavam destinados ao financiamento da iniciativa privada e operados pelo Banco da Amazônia (Basa); também o definiu como investimento prioritário ao desenvolvimento da região, sendo considerados como empreendimentos

⁶⁹ Série: Recorte de Jornais sobre o HUIBB, Arquivo: Acervo interno do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

⁷⁰ Série: Recorte de Jornais sobre o HUIBB, Arquivo: Acervo interno do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

⁷¹ Série: Recorte de Jornais sobre o HUIBB, Arquivo: Acervo interno do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

econômicos, de interesse para o desenvolvimento da Amazônia, os projetos voltados: à produção extrativista-mineral; à produção extrativa vegetal; à produção pecuária e pesqueira; e à produção industrial.

De acordo com a autora, o decreto n. 60.079 destacava em seu artigo 49 que também eram prioridades da Operação Amazônia, os serviços básicos, que compreendiam os serviços relativos à saúde pública, à energia, a comunicações urbanas e interurbanas, à colonização, ao turismo, à educação e aos serviços de transportes.

Quanto à reestruturação do quadro interno de pessoal do Sanatório Barros Barreto, pode-se dizer que enfrentou diversas controvérsias ao nível diretivo e administrativo, as quais puderam ser visualizadas nos relatos dos documentos institucionais do Sanatório, encadernados no Livro de Registros Históricos (1990). Observa-se que desde a inauguração da instituição, em 1957, e durante toda a década de 1960, foram recorrentes os pedidos de demissão de todos os Diretores da instituição. O inventário dos períodos de exercício dos diretores e diretoras encontra-se no quadro abaixo.

Quadro 2– Relação dos Diretores/Diretoras do Hospital Universitário João de Barros Barreto (1957-atualidade)

Diretor/Diretora	Início do exercício	Final do exercício
Dr. Antonio de Oliveira Lobão	15 de agosto de 1957	15 de abril de 1961
Dr. Almir José Gabriel	15 de abril de 1961	16 de maio de 1961
Dr. Raimundo Pereira de Oliveira	19 de maio de 1961	15 de fevereiro de 1962
Dr. Almir José Gabriel	15 de fevereiro de 1962	julho de 1965
Dr. Lindolfo Pedro Aires	julho de 1965	julho de 1968
Dr. Valry Bittencourt Ferreira	julho de 1968	julho de 1969
Dr. Luiz Eduardo Soares Carneiro	julho de 1969	setembro de 1971

Dr. Almir José Gabriel	setembro de 1971	setembro de 1976
José Henriques Ortiz Vergolino	1976	1977
Rainero Carvalho Maroja	(s/r)	(s/r)
Alexandre Barros dos Santos	1983	(s/r)
Dr. André Luiz Valle	1983	1984
Dr. Isaac Samuel Benchimol	1989	1989
Dr. ^a Leila Lúcia Sanjad Nagib A. El Hosn (interina)	1990	1990
Dr. ^a Elisa Vianna Sá	1990	1994
Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira	1991	1992
Dr. Luiz Alberto Rodrigues de Moraes (vice-Diretor)	julho de 1997	setembro de 1999
Dr. ^a Elisa Vianna Sá	2001	2005
Dr. Luiz Alberto Rodrigues de Moraes	junho de 2006	junho de 2009
Dr. Eduardo Leitão Maia da Silva	julho de 2009	agosto de 2013
Dr. Antônio Carlos Franco da Rocha	agosto de 2013	julho de 2016
Dr. Paulo Roberto Amorim	2016	2019
Dr. ^a Regina Fátima Feio Barroso (superintendente)	2019	Atualidade

Fonte: Hospital Barros Barreto: histórico do hospital (1976).

Na imagem, podemos ver que depois dos quatro anos da gestão do Dr. Antônio Lobão, os períodos de gestão do segundo e terceiro diretor do Sanatório Barros Barreto foram mais curtos. Nossa hipótese para a explicação dessa alta rotatividade no corpo diretivo foi a de que

esses períodos curtos se relacionaram: à instabilidade no funcionamento do Sanatório, expresso nas obras inacabadas; ao escasso aparato hospitalar; à incipiente organização para a oferta de leitos. Além disso, observa-se que havia uma frágil integração do sistema organizacional do Sanatório à Divisão Nacional de Tuberculose, isto é, um único departamento especializado em Pneumologia dentre o imenso organograma contendo variados setores que compunham o Ministério da Saúde, um ministério estratégico para o programa político dos regimes militares, haja vista que a erradicação de doenças e a promoção da saúde da população brasileira representava na propaganda política o “termômetro” medidor do crescimento econômico brasileiro.

A segunda hipótese que foi demonstrada a partir dos questionamentos presentes na tabela acima está relacionada à maior duração nos períodos de exercício dos diretores do Hospital Barros Barreto no final do regime militar no Brasil e na transição para a redemocratização. Foi identificado que, a partir de 1976, o Hospital Barros Barreto cumpriu a função de Hospital Regional Geral até o ano de 1990, ou seja, até o ano em que foi cedido pelo Ministério da Saúde ao Ministério da Educação, tornando-se um hospital universitário e integrado ao Sistema Único de Saúde, um sistema organizacional de saúde de caráter descentralizado em sua gestão e políticas de saúde, capaz de refletir na maior durabilidade dos exercícios dos diretores do HUIBB, aumentado para quatro anos, de modo a demarcar o contexto de estabilidade dos órgãos componentes do sistema de saúde brasileiro no alvorecer da redemocratização.

O fortalecimento do Centro de Estudos demandou a reorganização do setor de recursos humanos, isto é, do quadro de pessoal do Sanatório Barros Barreto, necessitando que se estruturassem os serviços de formação e treinamento dos profissionais da saúde, necessários a desenvolver as atividades de serviço de combate às doenças tropicais de alta incidência na Amazônia, tendo, enquanto base, o intercâmbio científico de informações e recursos humanos qualificados e procedentes de outras instituições de convênio, como o Instituto Evandro Chagas, para a assistência dos pacientes de tuberculose e demais doenças infectocontagiosas e infecto-parasitárias, com o objetivo de complementar a deficiência numérica a ser verificada com a implantação do Programa de Serviço de Doenças Tropicais (Relatório de controle de doenças tropicais do Hospital Barros Barreto (1976, p. 2).

O Sanatório Barros Barreto direcionou seus serviços de assistência médica à cobertura de outras patologias torácicas, apesar de manter a capacidade operacional para a tuberculose. A gestão administrativa do Dr. Almir José Gabriel englobou a atenção à capacitação profissional na forma da cobertura da especialização médica dentro das patologias gerais do

tórax. Essas modificações foram sugeridas pela organização administrativa, em vista dos problemas observados no Sanatório Barros Barreto, e sendo aceitas pelo Dr. Edmundo Blundi.

A mudança de regime político transformou as políticas nacionais para a saúde no país. O diretor da Divisão Nacional de Tuberculose, Edmundo Blundi, recomendou as diretrizes físicas e funcionais sugeridas pela administração do Sanatório Barros Barreto à Divisão Nacional de Tuberculose. De acordo com o Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro (2001), as alterações foram prontamente aprovadas por Francisco de Paula Rocha Lagoa, ex-diretor do Instituto Oswaldo Cruz, empossado Ministro da Saúde em 30 de outubro de 1969, data da posse do general Emílio Garrastazu Médici na presidência da República.

Miranda e Abreu Junior (2019) argumentaram que, em termo de finalização do projeto arquitetural original, as obras de construção do Sanatório Barros Barreto arrastaram-se ainda por muitos e muitos anos, compreendendo curtos períodos de exercícios de muitos ministros da Saúde e muitos diretores do Sanatório.

Em 1971, o Dr. Luiz Eduardo Carneiro não renovou sua administração para um novo período, tendo, por isso, o Dr. Almir José Gabriel sido designado pelo diretor da Divisão Nacional de Tuberculose, o Dr. Edmundo Blundi para segundo período de gestão do Sanatório Barros Barreto. O Dr. Almir José Gabriel anuiu ao pedido por estar concorde com as diretrizes da Divisão Nacional de Tuberculose, comprometendo-se a: dar prosseguimento à conclusão das obras da ala leste do hospital; melhorar a utilização das áreas do sanatório de modo a ampliar a sua capacidade em produzir benefícios para a saúde; e criar alternativas de recursos pela diversificação de atuação, de modo a torná-lo atrativo a outras instituições de saúde através da cooperação científica.

Figura 15— Registro do diretor Almir Gabriel à frente do “Barros Barreto” (1971-1976)



Fonte: jornal Estado do Pará, (23 mar. 1977, p. 1).

De acordo com a fonte “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976), o objetivo da segunda gestão administrativa do Dr. Almir Gabriel, então instituída, seria o de racionalizar os recursos financeiros do Sanatório, de modo a distribuí-los de forma equilibrada entre os setores para garantir a tranquilidade orçamentária e ao mesmo tempo manter o alto padrão técnico e científico. Essas mudanças nas políticas administrativas do Sanatório Barros Barreto ensejavam alterações nas diretrizes da Divisão Nacional de Tuberculose, que até então adotava como a diretriz nacional a utilização do patrimônio dos Sanatórios, voltada exclusivamente para o tratamento da tuberculose⁷².

A fonte acima mencionada indicou que o futuro ministro da saúde, Rocha Lagoa, acrescentou ainda em depoimento que esses cientistas gozavam de privilégios na instituição, e reivindicavam na carta aspectos como melhores condições de trabalho, maior número de pessoas ligadas às suas pesquisas e material abundante. Ao concluir o inquérito, porém, nada de mais grave foi apurado, não tendo ocorrido nenhuma punição. De acordo com o Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro, ainda em 1964, ele tornou-se membro do conselho deliberativo do CNPq, como representante do Instituto Oswaldo Cruz.

Novamente, reiteramos que o Sanatório Barros Barreto foi institucionalizado entre 1960 e 1970, enquanto uma instituição de assistência médica que passou progressivamente a englobar as atividades de ensino acadêmico e de pesquisa científica. Esse processo tornou-se possível através dos recursos orçamentários destinados pelo governo militar através dos órgãos executores Sudam e INPS, estabelecidos para o setor de saúde do Governo do Estado do Pará, e através dos convênios e acordos de cooperação científica com institutos de pesquisa nacional Fiocruz e CNPq, e da Amazônia (IEC).

Em 1972, Rocha Lagoa pediu demissão do Ministério da Saúde, e de acordo com o Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro (2001), ele foi pressionado pelo governo militar depois que o Tribunal de Contas da União detectou supostas irregularidades na utilização do orçamento do Ministério da Saúde, tendo sido substituído pelo Ministro Mário Machado de Lemos. Machado Lemos ficou à frente do ministério até o ano de 1974, sendo sucedido pelo Ministro Paulo de Almeida Machado. Em 1974, as transformações físico-funcionais sugeridas

⁷² O Ministro da Saúde na época, Rocha Lagoa, apesar de alinhado ao regime instituído em 1964, foi anteriormente investigado devido às atividades políticas no período em que esteve à frente do Instituto Oswaldo Cruz, antes do golpe militar. Nesse período, em depoimento prestado à comissão de inquérito formada para apurar supostas atividades subversivas na instituição, lembrou, segundo o *Jornal do Brasil*, que o grupo de cientistas acusados de subversão havia assinado em 1946 um telegrama de solidariedade a Luís Carlos Prestes, senador pelo Partido Comunista Brasileiro, então PCB (Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro, 2001).

pela administração do Sanatório Barros Barreto à Divisão Nacional de Tuberculose foram efetivadas somente pelo Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, em cuja gestão implantou o Sistema Nacional de Saúde, além da regionalização dos programas de saúde pública e o incentivo à pesquisa científica na área da saúde.

De acordo com notas biográficas, Paulo de Almeida Machado elaborou o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e a lei que instituiu a Vigilância Epidemiológica. De acordo com a fonte “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976), no âmbito do Sanatório Barros Barreto, a administração do Ministro da Saúde Paulo Machado representou a entrada de um substancial volume de recursos que permitiram dar celeridade aos serviços ofertados no hospital, permitindo a abertura de 140 novos leitos adicionais aos 380 já existentes.

Figura 16 – Parte correspondente à área leste-sul em junho de 1973, com as obras não finalizadas



Fonte: Miranda; Leal (2020).

Figura 17 – As alas leste-sul concluídas, s/d



Fonte: Miranda; Leal (2020).

Os documentos do governo federal desta época inclusos no “Hospital Barros Barreto: históricos do hospital” (1976) deram conta da situação de ampliação do número de leitos e da integração administrativa da instituição às políticas nacionais de saúde aprovadas pelo governo militar do general Médici (1970-1973), governo estrategicamente comprometido com o projeto de “Brasil Grande Potência”, expresso no ideal de “crescimento acelerado”, de acordo com Macarini (2005), em uma conjuntura de superaquecimento causada pela

distribuição generosa de incentivos à agricultura, aos exportadores, à indústria e aos bancos. A estabilização da inflação e o aumento progressivo das reservas nacionais mantinham a colheita farta de crescimento econômico consequentemente reafirmadas pelo Ministério da Economia:

[Houve] consequentemente transformação de um simples sanatório de tuberculose em um Hospital Regional de Base Integrado com 520 leitos institucionais, podendo operar com 462 leitos aproximadamente, e chegar a 624, em situação de emergência, sem necessidade de colocar qualquer leito fora dos seus próprios lugares nas Unidades de Internação (informação verbal).

De acordo com Miranda e Leal (2020), em 1975, foi projetada a adaptação da parte sul do segundo pavimento do hospital com o fito de dar lugar ao Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto. As autoras assinalaram que conforme a planta arquitetônica feita anterior à readaptação do local, originalmente funcionava um setor de serviços gerais com duas copas e um grande refeitório para os pacientes. Após a reforma, o espaço foi transformado na biblioteca e nas salas administrativas do novo setor de ensino acadêmico.

Ainda no contexto da expansão da cobertura assistencial do Sanatório Barros Barreto, através da inovação expressa nas atividades de ensino acadêmico e pesquisa científica, houve a necessidade da criação do Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto durante o regime militar, segundo testemunho da trabalhadora aposentada do setor de biblioteca, Vera Lúcia dos Santos Carvalho, mulher parda, nascida em Belém em abril de 1947, que se formou no curso de Biblioteconomia na Universidade Federal do Pará, entre 1966/67. Ela foi a primeira bibliotecária do Sanatório Barros Barreto no período de 1976 a 2019. Por meio de seus registros de memória, tem-se o contexto da criação da biblioteca, os diretores envolvidos no projeto, a execução das obras de reorganização do espaço físico, o alojamento dos materiais bibliográficos, o trabalho de catalogação e indexação, assim como a participação dos bibliotecários nas atividades de reabilitação para os pacientes internados no Sanatório. A Sra. Vera Carvalho narrou a situação da organização do Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto em 1976 desse modo:

É porque em 76 eu estava no Barros Barreto, eu comecei em 1976 no Barros Barreto, eu entrei como estagiária lá e daí eu fui caminhando eu fui chamada pela diretora da Biblioteca Central, né? E ela conversou comigo dizendo que lá no Barros Barreto eles estavam querendo começar uma biblioteca, mas ainda não tinha ninguém que quisesse, né? (sic) Ninguém queria por conta de quê? (sic) Por conta do Hospital, do próprio estigma do Hospital, né? Assim... um hospital de tuberculose e aí as pessoas não queriam, não queriam ir “pra” lá porque achavam que iam “pegar” a doença, aquele negócio todo, né? Era a Magali, bibliotecária, que ela era a diretora da Biblioteca Central, deixa eu ver se eu lembro o nome dela Magali [...]. Eu sei que era Ortiz Vergolino porque o marido dela era médico de lá, sabe então quem me recebeu lá foi justamente o Dr. Ortiz Vergolino, me recebeu lá como bibliotecária, já [...] (informação verbal).

Os registros de memória de dona Vera Carvalho deram conta de que a esposa do Dr. José Henriques Ortiz Vergolino, a Dr.^a Magali Ortiz Vergolino foi a responsável pela contratação de dona Vera para o cargo de bibliotecária no Sanatório, pois segundo ela, a Dr.^a Magali exercia o cargo de diretora da Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará, e o seu cônjuge, o Dr. José Henriques Ortiz Vergolino exercia o cargo de médico do setor de Radiologia do Sanatório Barros Barreto, e meses depois tornou-se diretor, ainda em 1976.

As memórias de dona Vera indicaram que em 1976 ela foi recebida pelo Dr. José Henriques Ortiz Vergolino, médico-chefe do setor de Radiologia do Sanatório Barros Barreto, para atuar como funcionária responsável pela organização do material bibliográfico para o setor que se pretendia inaugurar na instituição, isto é, o Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto, cujo empreendimento, de acordo com dona Vera, inicialmente enfrentou obstáculos como a carência de profissionais disponíveis para trabalhar no hospital, que padecia do estigma de ser, no imaginário social de senso comum: o “hospital dos tuberculosos”. Através do depoimento de dona Vera, entende-se que a sua agência foi de imprescindível importância para que o Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto pudesse “sair do papel” e tornar-se, no anos de 1983, a Biblioteca “Dr. Alexandre Barros dos Santos”.

No que se refere ao espaço físico, Miranda e Leal (2020) e a fonte “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976) atestaram que a execução das obras contou com recursos orçamentários recebidos do CNPq, do Fundo Gustavo Capanema e do Instituto Evandro Chagas; consolidando na estrutura arquitetônica do Sanatório Barros Barreto, as políticas de desenvolvimento do ensino superior em ciências médicas e ciências da saúde. Miranda e Leal assinalaram que se efetivou assim a atribuição do hospital enquanto instituição de ensino acadêmico e pesquisa científica, presente desde os anos de 1960, porém, sem o caráter oficial e sem muito destaque, conforme afirmam as autoras.

No processo de reorganização física e funcional do Sanatório Barros Barreto, a implantação do Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto solucionou não apenas o problema da ociosidade de parte da edificação hospitalar, como também atendeu às demandas de pesquisa e assistência às doenças tropicais, o que permitiu que até o ano de 1972, a administração do Sanatório Barros Barreto pudesse participar de encontros de saúde na região amazônica, acatando as observações feitas a respeito da carência de leitos disponíveis na área ou sobre a insuficiência no atendimento da demanda de clínicos prioritários. Além deles, a administração do Sanatório ficou ciente da inexistência de serviços capazes de atender a

pacientes portadores de doenças tropicais incidentes na região e cuja prevalência necessariamente deveria aumentar, como resultado dos impactos ambientais advindos das atividades de ocupação de terras da Amazônia e exploração predatória de recursos naturais.

O Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto foi criado e operou realizando suporte às atividades de ensino acadêmico e pesquisa científica em saúde desde a década de 1960. Porém, de acordo com as memórias de dona Vera Carvalho, foi somente no ano de 1976 que as suas atividades foram alocadas para um espaço físico exclusivo, e seu setor recebeu maiores investimentos financeiros, técnicos e administrativos ocorridos durante a vigência do II Plano de Desenvolvimento da Amazônia (1975-1979), um planejamento feito para a região amazônica e construído à luz do Plano Nacional de Desenvolvimento do governo militar de Ernesto Geisel (1974-1979), marcado por ter se apresentado politicamente como um governo de distensão política e ao mesmo tempo por tentativa de centralização.

De acordo com os dados empíricos do “Relatório de Controle das Doenças Tropicais do Hospital Barros Barreto” (1976), em conjunto com as análises de Miranda e Leal (2020), no ano de 1976 o Sanatório Barros Barreto deixou de ser Sanatório de Tuberculose e transformou-se institucionalmente no Hospital Barros Barreto através da Portaria nº 249/Bsb, de 12 de julho de 1976, assinada pelo Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado. A Portaria continha as seguintes designações:

Portaria nº 249/Bsb de 12 de julho de 1976

O **Ministro de Estado** da Saúde no uso de suas atribuições, e tendo em vista o que consta do processo MS 5.526/76-Bsb, resolve:

1. O Sanatório Barros Barreto, em Belém, Estado do Pará, integrante da estrutura da Divisão Nacional de Tuberculose, da Secretaria Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, passa a denominar-se Hospital Barros Barreto.
2. Ficam transferidos para todos os efeitos administrativos os direitos e compromissos inerentes a Unidade, cuja denominação é alterada por esta Portaria.
3. Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação (Grifo no original).

Paulo de Almeida Machado
Port. publicada no Diário
Oficial nº 136 de 19/7/1976

A justificativa para a mudança de nomenclatura do Sanatório de Tuberculose para Hospital de Doenças Infecto-parasitárias ocorreu devido à alteração na epidemiologia da tuberculose, em consequência de novos métodos de controle da doença, os quais, de acordo com a fonte “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976, p.2) foram:

- a) no diagnóstico baciloscópico; PPD, Raio-X;
- b) redução no tempo do tratamento: mínimo de 6 meses e máximo de 1 ano;

- c) prioridade para o tratamento ambulatorial na substituição das cirurgias reparadoras pelo tratamento de esquema tríplice antibacteriano (estreptomicina, hidrazida e ácido para-amino-salicílico) e a prevenção através da vacina BCG.
- d) O último método destaca-se: redução da necessidade de internação por tuberculose.

As referências para a mudança de nomenclatura do Sanatório Barros Barreto podem ser encontradas nas memórias do médico-cirurgião cardiovascular aposentado Aristóteles Guilliod Miranda, servidor do Hospital Barros Barreto de 1993 a 2019, as quais forneceram subsídios para reconstituir esse contexto de mudança na epidemiologia da tuberculose nos anos de 1970, expressos nas narrativas acerca das atuações profissionais dos médicos mais experientes na área da cirurgia torácica e na capacitação profissional dos médicos recém-graduados:

Isso já foi informações não presenciais, ele [o Sanatório] começa a funcionar em 1957, mas só vai funcionar efetivamente 1958, 1959. Então, o grosso era ‘pneumo’. Na verdade, o grosso era tuberculose, e tinha alguns cursos que a faculdade dava que eram de extensão. E tinham aqueles médicos que tinham feito o curso fora e trabalhavam e acabavam treinando, dando uma certa formação para os médicos que trabalhavam lá, os médicos que passaram a trabalhar no hospital. Eu sei de médicos que foram formados pelo menos na cirurgia de tórax... o André Valle e o irmão dele, o Ricardo Valle, eles são cria de Almir Gabriel, do Benchimol, do pessoal que fez cirurgia torácica. Foi quem implantou o serviço aqui, mas não nos moldes do que se conhece hoje como residência, na legislação, com carga horária e tudo isso aí (informação verbal).

De acordo com o Dr. Aristóteles, os médicos mais experientes e que haviam realizado os seus cursos de especialização no exterior realizavam “informalmente” o treinamento dos médicos novos no Sanatório Barros Barreto, acabando por esclarecer que existia uma estrutura de capacitação profissional, ainda que não oficial e informal, do ensino acadêmico de ciências médicas, o que pôde ser ratificado nos seguintes registros de memória dele:

O pessoal que faz pneumologia, o hospital começa a funcionar em 1957. Isso já foi informações não presenciais, ele começa a funcionar em 1957, mas só vai funcionar efetivamente 1958, 1959. Então, o grosso era pneumo. Na verdade, o grosso era tuberculose, e tinha alguns cursos que a faculdade dava que eram de extensão. E tinham aqueles médicos que tinham feito o curso fora e trabalhavam e acabavam treinando, dando uma certa formação para os médicos que trabalhavam lá, os médicos que passaram a trabalhar no hospital. Eu sei de médicos que foram formados pelo menos na cirurgia de tórax... o André Vale e o irmão dele, o Ricardo Vale, eles são cria de Almir Gabriel, do Benchimol, do pessoal que fez cirurgia torácica. Foi quem implantou o serviço aqui, mas não nos moldes do que se conhece hoje como residência, na legislação, com carga horária e tudo isso aí (informação verbal).

Essa estrutura “informal” de ensino acadêmico de ciências médicas funcionou depois da reformulação físico-funcional no antigo Sanatório Barros Barreto, cuja readaptação física e funcional do Hospital Barros Barreto possibilitou à instituição expandir sua cobertura

assistencial voltando-se para o atendimento de outras patologias infecto-parasitárias, ampliando assim o perfil de atendimento da instituição, a qual recém-transformada em Hospital Barros Barreto, em 1976, somente no ano de 1979 foi planejada a utilização do aparato hospitalar para o aproveitamento de apoio à prática profissionalizante.

Segundo a fonte “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976), em 1977, o Hospital Barros Barreto ingressou na categoria de Hospital Regional de Base ou Hospital Geral, visto que além de hospital referência no tratamento da tuberculose, transformou-se em Hospital de referência para as demais doenças infecto-parasitárias, pneumopatias, cirurgia reparadora em hansenianos, correção cirúrgica de lábio leporino e atendimento a acidentes ofídicos.

De Hospital Especializado em Tuberculose foi transformado em Hospital Regional de Base, internando-se doenças gerais do tórax e doenças tropicais, servindo para treinamento de profissionais e pessoal auxiliar de saúde da área amazônica (informação verbal).

O jornal A Província do Pará indicou que, em 1977, o Ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado presidiu a solenidade de “inauguração” do agora chamado Hospital Barros Barreto. De acordo com Miranda e Abreu Junior (2019, p.183), essa solenidade foi denominada como a inauguração “definitiva”, marcando a efeméride da conclusão das obras.

O Ministério da Saúde está entregando aos paraenses o Hospital Barros Barreto, Hospital com Agá maiúsculo mesmo e com toda a razão. O novo “Barros Barreto”, agora inteiramente modernizado, oferece uma capacidade de atendimento bem maior e com novos recursos. Melhor para você, melhor para toda a cidade, que passa a contar com um hospital de esplêndida qualidade, moderno e atuante.

A execução das obras de readaptação do Hospital Barros Barreto foi planejada pelo Engenheiro Encarregado J. A. Oscar Schwegler, sendo ele o responsável pelo Relatório de nº 76^a, que diz respeito ao cronograma da obra de nº 020-01⁷³. Seu Relatório apresentou narrativas que assinalaram que o Sanatório de Tuberculose de Belém inseriu-se no programa de reformas estruturais conduzidas pelo Estado Nacional varguista, que para a realidade da Amazônia brasileira traçou estratégias para o combate às endemias.

De acordo com o “Relatório nº 76 da Construção do Sanatório de Belém” (1976), o Dr. J. A. Oscar Schwegler foi o profissional habilitado pela empresa Engeplan, a responsável pela construção civil do Hospital Barros Barreto, revelando que capacidade do sanatório

⁷³ Série: Relatório da Construção do Sanatório de Belém nº76, Obra 020-01, Engenheiro Encarregado J. A. Oscar Schwegler. Arquivo: Acervo interno do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

suportava 380 leitos, e foi expandida para 520 leitos, e em casos de emergência chegou a 640 leitos.

No ambulatório, a capacidade saltou para 250.000 consultas/ano. O Centro de Terapia Intensiva passou a suportar 10 leitos com monitoração. Por ocasião da efeméride da conclusão das obras, a ENGEPLAN emitiu nota oficial no jornal *A Província do Pará* (1977, p.9), revelando que:

Sentiu-se também orgulhosa da obra que realizou cumprimentando o Ministério da Saúde, a Divisão Nacional de Tuberculose e toda a grande e dedicada equipe do Barros Barreto pelo extraordinário trabalho realizado. Mais uma missão cumprida.

Figura 18– Hospital Regional de Base Barros Barreto reconstruído em 1977



Fonte: Jornal A Província do Pará. (23 mar. 1977).

As obras de readaptação do Hospital Barros Barreto foram finalizadas em 1977, e foi posterior à sua transformação em Hospital Regional de Base em 1976, durante a vigência do II Plano Nacional de Desenvolvimento, o planejamento governamental concebido durante a presidência do general Ernesto Geisel (1975-1979).

O Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira deu o seu testemunho sobre a conjuntura dos governos militares e sua relação com o Hospital Barros Barreto. Ele narrou que o hospital foi terminado em 1976, então tem [tinha] mais de 30 anos o prédio. E continuou:

Então, o sistema de vapor para poder chegar à lavanderia e esterilização é um sistema antiquíssimo, mas o que se podia fazer? O sistema de caldeira era um sistema antiquíssimo, era um inferno quando dava prego. Entrava óleo não sei das quantas da Petrobrás para poder garantir a eletricidade e o fornecimento de gás porque não pode funcionar cozinha, o setor cirúrgico da esterilização e tudo com a mesma dificuldade. Por quê? Porque não foi feita uma engenharia e arquitetura eficiente para resolver na transformação de sanatório para hospital de doença infecciosa (informação verbal).

Além da situação da infraestrutura interna narrada, o Dr. Anselmo indicou que havia as dificuldades inerentes ao corpo clínico, que consistia no fato de “que um é [era] professor e outro de serviço, e logicamente eu assisto [ia] e eu dou aula e eu não vou pegar o teu aluno, eu não vou pegar o teu doente a força”. E, segundo ele, mesmo com as dificuldades, o Hospital caminhou, ao ponto de: “quando eu saí estava tudo funcionando igual como eu entrei. Acho que cada vez foi piorando mais a infraestrutura, arrebentava o chão e pipocava”.

Foi indispensável inserir as obras de readaptação do Hospital Barros Barreto na conjuntura política do quarto governo militar. A respeito disso, Batista (2016) assinalou que

conforme o pronunciamento do presidente da República proferido na Reunião Ministerial de 10 de setembro de 1974, foi apresentado aos Ministros de Estado, o projeto de Lei do II Plano Nacional de Desenvolvimento, plano maior cujos desdobramentos possibilitaram a implantação na Amazônia do II Plano de Desenvolvimento da Amazônia, a ser executado no período proposto ao plano nacional.

O texto do II PND recomendou explicitamente a adoção de uma política de preservação dos recursos naturais do país, preconizando mecanismos de controle da poluição industrial nas áreas urbanas identificadas como “manchas de poluição” e medidas de defesa e proteção da saúde humana.

A autora acima referida assinalou que por meio do II PND, o governo enfatizava a necessidade de reconhecer a “poluição da pobreza”, cujo conceito foi entendido como “a carência dos requisitos básicos de saneamento e controle biológico indispensável à saúde das populações de baixa renda”.

De acordo com o jornal *Estado do Pará*, em 1977, o Ministro da Saúde, o Dr. Paulo de Almeida Machado esteve na cidade de Belém para a inauguração completa do Hospital Barros Barreto. Na ocasião, o ministro Almeida Machado revelou que àquela altura já não havia a necessidade de um sanatório para a tuberculose ao nível da complexidade do Hospital Barros Barreto e, além disso, afirmou que o objetivo seria transformar gradativamente o hospital em Hospital Regional Geral, “procedendo além do tratamento da tuberculose, ao de pneumopatias e doenças tropicais”.

Figura 19 – O governador Aloysio Chaves (à esquerda), o diretor do “Barros Barreto”, Almir Gabriel (no centro), e o ministro Almeida Machado (à direita)



Fonte: jornal O Estado do Pará (23 mar. 1977).

O Ministro da Saúde chegou por volta de 10h 30 min. na cidade de Belém, na companhia do Dr. João Yunes, Secretário Nacional de Programas de Saúde, e do Superintendente de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)⁷⁴, Dr. Ernani Motta (Almeida Machado evita audiências no aeroporto, 1977, p. 5). Os relatos do jornal *A Província do Pará* narraram que Almeida Machado foi recebido no aeroporto militar pelo comandante da Base Aérea de Belém, pelo governador do Estado, Dr. Aloysio Chaves, pelos Drs. Almir Gabriel e José Vergolino, respectivamente diretor e vice-diretor do Hospital Barros Barreto, pelo Dr. Zoênio Gueiros, delegado Regional da SUCAM e outros (Norte ainda com maior índice de tuberculose, 1977, p. 1).

Os registros do jornal *O Liberal* indicam que o ministro Almeida Machado, ao inaugurar as novas instalações do “Barros Barreto”, afirmou que a malária não preocupava mais o Ministério da Saúde. Segundo ele, na Amazônia, a doença “já estava sob controle e, nela, pela primeira vez no mundo se impediu a transmissão da doença em área de floresta tropical”, em vista do controle da malária, que de acordo com ele, derivou não apenas de campanhas de erradicação, como de saneamento básico (Almeida Machado evita audiências no aeroporto, 1977, p. 1, informação verbal).

Figura 20 – Com a presença do ministro Paulo de Almeida Machado, o “Barros Barreto” passou a hospital geral



Fonte: jornal *A Província do Pará* (23 mar. 1977).

⁷⁴ Segundo Löwy (2006), em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) incorporou todas as chamadas grandes endemias em uma única instituição. A partir do DNERu, foi criada a SUCAM, que era a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública criada após a reestruturação do Ministério da Saúde em 1970, que integrou o SNFA e dedicou-se principalmente ao controle de insetos transmissores da malária e do mal de Chagas prevalentes nas regiões afastadas através da vigilância dos agentes sanitários nas campanhas sanitárias.

A fonte acima destacou que, por outro lado, o ministro da saúde disse que não se surpreendera com o aumento dos casos de hanseníase nos registros nacionais. Além da hanseníase, Almeida Machado ressaltou, ainda, a redução da incidência de tuberculose no “Estado do Pará – de 13,4 para 9,5 mortos em cem mil habitantes – embora a Amazônia ainda fosse a região que tinha o maior índice de incidência da doença no Brasil”.

A liderança da Amazônia nas altas incidências de tuberculose no Brasil foi constatada também nos registros do jornal *A Província do Pará*. Tiveram a oportunidade de discursar a respeito disso o diretor do Hospital Barros Barreto, Dr. Almir Gabriel, o Dr. Manoel Ayres e o Dr. Almeida Machado, que reafirmaram que: “enquanto isso, a região Norte ainda é a de maior índice de portadores de tuberculose” (Norte ainda com maior índice de tuberculose, 1977, p. 1).

A fonte acima indicou que o ministro ainda acentuou que o elevado índice de tuberculose nesta região originava-se da atual situação em que viviam os povos da Amazônia, “notadamente na zona rural sem quaisquer hábitos higiênicos”. E diante do enfrentamento da doença, o Ministério da Saúde declarou que tinha como meta principal na Amazônia, a consolidação dos resultados obtidos no campo da malária, visando ampliá-los, e ressaltou também que “já existem [existiam] extensas áreas na Amazônia livres da malária, citando a do rio Solimões, de Tefé a Benjamim Constant”.

Visando a erradicação da tuberculose, assim como ocorrera com a malária, o Ministro Almeida Machado assinou um convênio com a Secretaria de Saúde do Estado na pessoa do dr. Manoel Ayres, e o dr. Décio Diógenes de Oliveira, diretor substituto da Divisão Nacional de Tuberculose, de forma a possibilitar a assistência a pacientes de tuberculose internados no Hospital Barros Barreto.

A “Proposta de Integração Ensino-Pesquisa-Extensão” (1990) ratificou a fonte anteriormente citada, que com o advento da administração do ministro da Saúde Paulo de Almeida Machado, o Hospital Barros Barreto conseguiu uma substancial entrada de recursos que permitiram grande celeridade aos serviços, permitindo a abertura de 140 novos leitos adicionais aos 380 já existentes e, conseqüentemente, a transformação de um simples sanatório de tuberculose em um Hospital Regional de Base Integrado com 520 leitos institucionais, podendo operar com 462 leitos, aproximadamente, e chegou a 624 em situação de emergência, sem necessidade de colocar qualquer leito fora dos seus próprios lugares na Unidade de Internação.

O jornal *A Província do Pará* foi o documento que assinalou ainda que através do convênio firmado com a Secretaria Estadual de Saúde, esta secretaria entregou ao Hospital

mensalmente a quantia de 142 mil e 84 cruzeiros em um total de oito parcelas e mais quatro de 142 mil e 83 cruzeiros provenientes de recursos próprios do Estado do Pará, como subvenção às despesas decorrentes de assistência a pacientes portadores de tuberculose internados no Hospital Regional de Base Barros Barreto (O Hospital Barros Barreto transforma-se em Hospital geral, 1977, p. 7).

O documento “Hospital Barros Barreto: histórico do hospital” (1976) indica que a placa de reinauguração foi confeccionada em 1977, e estava de acordo com nomes dos responsáveis pela conclusão das obras e a transformação do Hospital Barros Barreto em Hospital Regional de Base, os quais foram: o Ministro da Saúde, Dr. Paulo de Almeida Machado; o Dr. Luiz Carlos Moreira de Souza, Secretário Nacional de Saúde; o Dr. Dawid Szejder, Diretor da Divisão Nacional de Tuberculose; e o Dr. Almir José Gabriel, Diretor do Hospital Barros Barreto.

Hospital Barros Barreto. Este Hospital foi reformado com recursos do governo federal e concluído em 6 de janeiro de 1977 sendo presidente da República S. Ex. General Ernesto Geisel. Ministro da Saúde Dr. Pulo de Almeida Machado. Secretário Nacional de Saúde Dr. Luiz Carlos Moreira de Souza. Diretor da Divisão Nacional de Tuberculose Dr. Dawid Szejder. Diretor do Hospital Barros Barreto Dr. Almir Gabriel (informação verbal).

Figura 21 – Placa de reinauguração do HBB após a reconstrução de 1977



Fonte: Acervo memorial do HUIBB.

O vice-governador do Estado do Pará, Dr. Clóvis Silva de Moraes Rêgo, esteve entre as autoridades presentes na agenda de visita do Ministro da Saúde Almeida Machado, o titular

da Pasta de Saúde, que não retornava à cidade de Belém desde a Campanha Nacional Contra a Meningite, realizada em Belém em 1975 (Machado diz que malária está controlada, 1977, p. 5). Entre as autoridades, estiveram presentes na agenda de visitas do ministro: o Dr. Zoênio Gueiros, da SUCAM; Raynero Maroja, da Delegacia Federal de Saúde; Gilberta Bensabath, do Instituto Evandro Chagas; e representantes dos demais organismos da área do Ministro da Saúde (Almeida machado evitou audiências no aeroporto, 1977, p. 5).

O ministro da Saúde, Paulo de Almeida Machado, assinou nas diretrizes do convênio a cooperação entre o Hospital Barros Barreto e a diretora do Instituto Evandro Chagas, Dr.^a Gilberta Bensabath, ensejando que ela realizasse um rápido relato dos trabalhos até então desenvolvidos no referente à ampliação do Instituto mediante o programa, de acordo de pesquisa científica, com a participação de grupos estrangeiros (Almeida machado evitou audiências no aeroporto, 1977, p. 5).

Ainda na época do Sanatório Barros Barreto, o diagnóstico de doenças tropicais estava exclusivamente ao cargo do Instituto Evandro Chagas. Miranda e Leal (2020) assinalaram que o tratamento não podia ser realizado nesta instituição devido à falta de estrutura física que comportasse o alto número de pacientes acometidos dessas doenças.

Acerca do Centro de Estudos do Hospital Barros Barreto, criado desde a década de 1960, conforme apontado pelas autoras anteriormente, ele foi readaptado no projeto arquitetônico na parte sul do segundo pavimento do hospital durante a reforma arquitetural iniciada em 1975 e entregue em 1977, permitindo que as atividades de ensino acadêmico e pesquisa científica em saúde pudessem-se consolidar-se como parte das atividades funcionais do Hospital Barros Barreto.

O “Relatório de Controle de Doenças Tropicais do Hospital Barros Barreto” (1976, p.2) assinala que oferecer as condições substanciais ao ensino acadêmico e à pesquisa científica, constituíram-se como um dos objetivos do Programa de Controle de Doenças Transmissíveis, a ser implementado no Hospital Barros Barreto nesse período:

Preparar a infraestrutura para o ensino universitário de médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e outros, no ano de 1976, para desenvolvimento de atividades nos anos subsequentes contando com recursos provenientes do MEC, Governo do Estado e Órgãos da Previdência Social.

Preparar a infraestrutura para a pesquisa de agentes etiológicos, de doenças de elevada incidência na área de distribuição e nosologia ignoradas nos anos de 1976/1977 para a implantação em 1987, com recursos provenientes de convênio com CNPq, Fundação Oswaldo Cruz e Instituto Evandro Chagas.

O “Relatório de Controle de Doenças Tropicais do Hospital Barros Barreto” (1976, p.2) indicou que a situação da pesquisa em saúde para o controle das doenças endêmicas, além da tuberculose, demandou a reorganização dos recursos humanos do quadro de pessoal do Hospital Barros Barreto, realizando-se nele o treinamento dos profissionais necessários a desenvolver as atividades do serviço de doenças tropicais e com pessoal qualificado procedente de outras instituições de convênio, para a assistência dos pacientes de tuberculose, com o objetivo de complementar a deficiência numérica a ser verificada com a implantação do Programa de Serviço de Doenças Tropicais.

Em resumo, o HBB consolidou-se durante o regime militar enquanto uma instituição de assistência médica que englobava atividades de ensino e pesquisa, estabelecida com recursos orçamentários do governo militar INPS, do governo estadual, e em cooperação científica com institutos de pesquisa nacional (Fundação Oswaldo Cruz e CNPq) e da Amazônia (Instituto Evandro Chagas). Assim, o Hospital Barros Barreto constituiu-se enquanto uma instituição de grande porte, referência no ensino acadêmico, pesquisa e assistência médica na Amazônia paraense.

Ao lado do IEC, o HBB ampliou as suas atividades assistenciais no referente à pesquisa científica das Doenças Tropicais e Patologias Gerais do Tórax e na melhoria no atendimento aos casos graves de Tuberculose. Todavia, o HBB enfrentava revezes no treinamento de pessoal de nível superior em ciências médicas e ciências da saúde, visto que não obstante os esforços empreendidos, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia oferecia meios limitados à eficácia do treinamento na formação e na capacitação dos profissionais nos cursos superiores na área da saúde que existiam neste Hospital-Escola. Sobre isso, discutiu-se no subtópico seguinte a questão da transformação do HBB no HUIBB.

4.3 O Hospital João de Barros Barreto

Segundo a fonte “HBB: histórico do hospital” (1976), a partir do ano de 1976, a administração do Hospital Barros Barreto reafirmou os compromissos da preparação de uma única estrutura para o ensino universitário de médicos, enfermeiros, nutricionistas, biólogos e assistentes sociais e outros, para o desenvolvimento de atividades nos anos subsequentes, contando com recursos provenientes do Ministério da Educação, Governo do Estado e órgãos da Previdência Social.

O documento acima mencionado indicou, e aqui reiterou-se, que o principal objetivo das ações administrativas nos anos de 1976 a 1977 consistiram na preparação da infraestrutura

para a pesquisa dos agentes etiológicos de doenças de elevada incidência na área de distribuição e epidemiologia ignoradas, para a implantação em 1978, com os recursos provenientes de convênios com o CNPq, Fundação Oswaldo Cruz e IEC.

A fonte referida ainda indicou que, a justificativa para essas iniciativas voltadas à pesquisa científica ocorreram em virtude da existência de doenças tropicais na região amazônica, que em determinadas condições ocasionavam aos seus portadores alto risco de vida sem que pudessem contar com comunidades de internação para a institucionalização desses pacientes.

Além disso, a justificativa no impulso para o setor de pesquisa científica e ensino incidiu na existência de patologias tropicais na região, cuja etiopatogenia e epidemiologia até então eram desconhecidas, e a partir disso, havia a pré-existência na região amazônica das condições exclusivas de estrutura física ociosa no HBB e pronta para a instalação de leitos destinados à cobertura assistencial e preventiva das populações desprovidas de recursos.

Contando com recursos humanos dos quadros de pessoal do HBB, fez-se o treinamento dos profissionais da saúde necessários a desenvolver as atividades de serviço de doenças tropicais e com pessoal qualificado procedente de outras instituições de convênio, para a assistência a clientela de tuberculose, complementando a deficiência numérica a ser verificada com a implantação desse novo programa.

Os recursos humanos complementares referidos foram obtidos à custa de convênios com o INPS, com o Governo do Estado do Pará, assim como os contratos de serviços a terceiros, a fim de consecução de consultorias médicas e eventuais. Além disso, integrou-se o Serviço de Doenças Tropicais do HBB ao Sistema Regional de Saúde do Estado do Pará, que de acordo com a fonte acima referida, e essa integração obedeceu aos diferentes aspectos:

- a) no assistencial: recebeu da rede regional de Unidades Sanitárias os pacientes cujo atendimento médico e ambulatorial foi considerado insuficiente;
- b) no ensino acadêmico: preparou-se a qualificação do pessoal de nível superior para o exercício das atividades de controle das doenças tropicais;
- c) na pesquisa científica: propiciou ao Instituto Evandro Chagas e outras organizações de investigação científica, a garantia e a manutenção de suas fontes em local apropriado para os programas estabelecidos (informação verbal).

As cooperações financeiras e científicas do HBB estiveram presentes nas memórias do Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira, médico pneumologista àquela época. O hospital fazia convênios, em que o Estado do Pará cedia funcionários e recursos, os quais segundo ele, “tudo muito pequeno é só verificar os documentos”. E acrescentou que por volta de 1983:

O que foi feito é que o Doutor Alexandre [Barros dos Santos] conseguiu dinheiro e foi feita uma lavanderia moderna, porque era um inferno lá... eu nem me lembro como ela era, mas era uma porcária de um subsolo[...] Logicamente, a maquinaria

obsoleta nunca foi mudada. Já dizia Marx: a gente tem que mudar os meios de produção para poder ter um bom produto e a transformação da história tá aí. Então a gente conseguiu isso. Mas era um negócio apertadíssimo. Uma hora lá teve que se contornar as paredes lá, porque era encostada no muro e não passava nada, não passava a gente (informação verbal).

O desenvolvimento de medicamentos foi outro tipo de convênio estabelecido entre HBB e o MS e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Em 1983, o Hospital Barros Barreto foi o laboratório de experimentos para o desenvolvimento de droga contra a malária, e sobre isso, o Dr. Antônio Anselmo testemunhou:

A droga era Mefloquina e foi um programa na época que era hospital de doença infectocontagiosa. Era época do Doutor Alexandre. O Barros Barreto cedeu espaço para ser testada essa droga, mas foi feito o estudo para quem patrocinava que era a OPAS e o Ministério da Saúde. Que eu me lembre, a gente não chegou nem a usar o resultado dessas atividade (informação verbal).

Os testemunhos da memória da Dr.^a Regina Fátima Feio Barroso deram conta das mudanças e permanências na conjuntura dos anos de 1980 no complexo hospitalar do Estado, e de acordo com ela, antes de seu ingresso como servidora na Universidade Federal do Pará, ela havia sido servidora da Secretaria de Estado de Saúde do Pará (SESPA) e lá atuava sob a chefia da Dr.^a Elisa Sá, explicando assim nos seguintes termos:

Então lá a gente trabalhava com uma equipe muito boa e quando ainda não se falava dessa parte da inserção do feminino dentro da gestão que basicamente era toda feita por homens. A gente fez um grupo e eu logicamente eu era mais nova então aproveitei para aprender (informação verbal).

Em 1 de novembro de 1983, foi assinada a Portaria nº 337, que informava que o hospital mudava novamente a sua nomenclatura, passando a ser nomeado “(HJBB)”. De acordo com Miranda e Leal (2020), as finalidades do hospital foram readaptadas ao objetivo de possibilitar o tratamento exclusivo às doenças respiratórias, de modo a definir a nova atribuição do hospital.

A Portaria nº 337/ 01.11.1983 fora publicada no *Diário Oficial da União*, na sexta-feira do dia 2 de dezembro de 1983, sendo assinada pelo Ministro da Saúde, Waldir Mendes Arcoverde, que no uso de suas atribuições, determinou as seguintes diretrizes dos artigos I e II a ser aplicado no Hospital João de Barros Barreto:

I – Fica alterada a denominação da seguinte unidade da estrutura organizacional da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, prevista no artigo 29 do Regime Interno da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, aprovado pela Portaria nº 47/Bsb, de 23 de janeiro de 1978:

- *Hospital Barros Barreto para Hospital João de Barros Barreto* (Diário Oficial da União, 1983, grifo nosso).

De acordo como Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro (2001), o ministro Waldir Mendes Arcoverde havia sido o presidente do INPS em 1979, e foi nomeado por Jair Soares, então ministro da Previdência Social no último governo militar do general João Batista Figueiredo (1979-1985).

Em 1979, Waldir Arcoverde foi nomeado Ministro da Saúde substituindo Mário Augusto de Castro Lima. Sua indicação foi mais uma vez associada a Jair Soares, seu amigo e correligionário político, assim como à sua amizade com o ministro da Justiça, o piauiense Petrônio Portela.

A designação do ministro Waldir Mendes Arcoverde era a confirmação da tese de que se deveriam escolher nomes do Nordeste para ministérios da área social. Em sua posse, Waldir Mendes Arcoverde realizou um balanço da saúde pública, afirmando que pretendia interiorizar as ações básicas nas regiões mais pobres, sobretudo as periferias das grandes cidades e a zona rural. Seu projeto mais ambicioso foi o de ampliar as redes de saneamento básico e desenvolver um programa de imunização, sobretudo ligado à área de vacinação.

O Regimento Interno da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, aprovado pela Portaria nº 47/Bsb de 23 de janeiro de 1978, havia estabelecido que o Hospital Barros Barreto era uma unidade constituinte da estrutura organizacional da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária (DNPS), a mesma estrutura antes denominada de Divisão Nacional de Tuberculose (DNT).

De acordo com Teixeira (2007), a DNT foi modificada pela reforma ministerial de 1976, que no particular setor da Pneumologia, buscava a ampliação de seu espectro para atender a todas as doenças pulmonares de interesse sanitário, e isto levou a Divisão Nacional de Tuberculose a converter-se em DNPS.

O “Regimento Interno do HJBB” foi elaborado entre 1983-1990, e definiu que esta instituição se constituiu em um órgão assistencial diretamente subordinado ao diretor da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, tendo por suas finalidades a prestação da assistência como hospital de referência às populações da região Norte do Brasil, nas especialidades de Pneumologia e Doenças Infecto-parasitárias, nos regimes ambulatorial e hospitalar.

Ainda nos registros contidos no “Regimento Interno” (1990), o Hospital João de Barros Barreto deveria desenvolver as atividades de treinamento e aperfeiçoamento do quadro funcional do próprio hospital e de outras instituições, atendendo às necessidades da região e do interesse do Sistema de Saúde, promovendo as atividades de investigação científica e técnico-operacional nas áreas de Infectologia e Pneumologia, duas áreas consideradas

estratégicas para a recepção das contribuições orçamentárias destinadas à realização de estudos e pesquisa sobre os principais problemas de saúde da população da região amazônica.

Miranda e Leal (2020) ainda afirmaram que a mudança de nomenclatura do Hospital para “Hospital João de Barros Barreto” acompanhou o direcionamento da assistência médica também para os portadores da AIDS, doença infecciosa transmitida pelo vírus HIV e tornada epidêmica mundialmente na década de 1980.

A Dr.^a Regina Fátima Feio Barroso elucidou a maneira como vivenciou a conjuntura das políticas de organização do sistema de saúde do Estado diante do aparecimento da doença. De acordo com ela, a epidemia de AIDS ocorreu em meados de 1980 e durou até 1990, e lembrou que quando chegou, já começaram a iniciar os antirretrovirais, uma vez que esta foi uma doença que se alastrou e que também derrubou uma série de tabus:

Porque se você pegar uma série, fizer uma revisão sistemática da AIDS, a última que teve mostrou que as pessoas mais atingidas pela AIDS eram as mulheres casadas. Então, todo aquele preconceito que a gente tinha com o homossexual, com a mulher prostituta e tal... era um negócio interessante nessa época de epidemia de AIDS. Eu não era da Universidade ainda, eu era da Secretaria de Saúde e o negócio é muito interessante, tanto que fiz questão de ver quando fui à Bélgica, na Holanda, porque se pegou uma pintura do Van Gogh chamada Catre, uma cama sem ninguém dentro de um quarto e a gente começava a trabalhar em cima disso, a gente mandou construir [...] (informação verbal).

De acordo com os registros de memória da Dr.^a Regina Fátima Feio Barroso, a sua equipe de saúde construiu uma relação muito grande com a Associação das Prostitutas, que de acordo com ela “era [presidida pela] a Dona Lourdes Bezerra, e era e ainda hoje é presidente e a gente mandou construir pênis de madeira e se sair aquelas do meretrício toda, né? Naquele tempo tinha ensinado como colocar preservativo”.

Foi assim um negócio, pense num negócio bonito mesmo, quer dizer, a gente trabalhava da prevenção de educação e aí a gente começou também a ter algumas respostas, mas, logicamente que naquele tempo a pessoa que era portador do vírus, ele era uma pessoa fadada a morrer, tanto que morreram muitas pessoas famosas que era porque na verdade não tinha uma medicação, um medicamento que deixasse e não morrer de AIDS, não mata, a AIDS não mata, ele morre das infecções do ponto de vista da AIDS, e pega pneumonia, pega tuberculose, pega outros tipos de doenças que levam então, é óbito na certa. E naquele tempo era difícil (informação verbal).

De acordo com os dados empíricos advindos da “Programação-Orçamentação do Hospital João de Barros Barreto” (1990), nessa conjuntura, além da assistência médica e do tratamento à AIDS, o progressivo avanço institucional levou o Hospital João de Barros Barreto a assumir outros encargos que transcenderam os limites geográficos do Estado do Pará e do País, estendendo-se à cobertura do diagnóstico e ao tratamento da oncologia torácica.

A fonte acima indicou que as atividades finais de assistência e o desempenho dos serviços de apoio diagnóstico revelaram-se, de modo que para cada paciente internado houve 12,5 exames de patologias e 2,9 exames radiológicos, além de outros procedimentos. As unidades ambulatoriais mantinham o seu desempenho no índice de 1,8 exames de patologia clínica, 1,0 radiografia e 0,2 procedimento fisioterápico por paciente atendido.

Todavia, a administração do hospital reconheceu que tais providências não foram suficientes para garantir a manutenção financeira das atividades hospitalares, uma vez que boa parte das doenças, em geral, atendidas pelo HJBB precisava de um período maior de internação, a exemplo das meningites por fungo e tuberculosa. Além delas, havia as complicações oriundas da tuberculose pulmonar (dentre elas, principalmente a desnutrição e a hemoptise) e os procedimentos cirúrgicos do tórax.

A esse quadro de dificuldades, o documento acima referido, agregou ainda o fato do Hospital João de Barros Barreto ser o único que dispunha de leitos para isolamento de doenças infecciosas e AIDS, o que determinou a utilização exclusiva desses leitos para tal finalidade (informação verbal).

A fonte acima indicou que o HJBB manteve o desenvolvimento de atividades assistenciais nas áreas de referência em pneumologia e de doenças infecto-parasitárias, além de dar continuidade às ações de formação e aperfeiçoamento de recursos humanos e execução de pesquisas operacionais relacionadas com o seu perfil de atendimento. Nesse exercício, o Hospital funcionou sob períodos de crise motivados por diversos fatores, que dentre eles, o documento ressaltou a:

Atual política adotada pelo Governo Federal que provocou além de redução significativa do quadro de pessoal, acarretando dificuldades no desenvolvimento de determinadas atividades, bem como gerou instabilidades financeiras advindas da indefinição dos recursos orçamentários aprovados para o referido exercício (informação verbal).

O Hospital João de Barros Barreto como instituição do MS cumpria basicamente um planejamento pré-determinado, visando principalmente à programação de recursos financeiros a ser executada no decorrer dos exercícios. Esse planejamento não se compatibilizava com um diagnóstico da situação da saúde do Estado do Pará e das condições do Hospital, mas dava ênfase às normas emanadas do MS e das demandas de maior oferta de serviços e das necessidades do ensino acadêmico.

O documento acima referido elucidou que durante certo período de tempo, o Hospital vinha operando com apenas parte de sua capacidade instalada, motivado tanto pelas deficientes condições físico-estruturais do prédio, como em decorrência do insuficiente quadro de pessoal, em especial na área auxiliar de enfermagem.

Esse quadro ficou ainda mais comprometido em 1989, quando foi necessária a drástica redução do número de leitos, passando o Hospital a operar com a metade de sua capacidade ideal (150 leitos); além disso, houve a desativação dos ambulatórios para pacientes externos, permanecendo apenas o setor de triagem.

De acordo com a fonte “A situação atual do Hospital João de Barros Barreto” (1990), no perfil da cobertura de saúde do HJBB, as internações concorreram com maior frequência, dentre as doenças infecto-parasitárias, as várias formas de meningites, o tétano, a leptospirose, a malária, os acidentes ofídicos e a AIDS, que pela sua magnitude mereceu atenção especial, ressaltando ser este o único hospital do Estado para internamento de portadores dessa enfermidade. O documento ainda referiu que na área da Pneumologia, o hospital teve como principais causas de internamento a Tuberculose Pulmonar, as Pneumologias, a Bronquiectasia e a Asma Brônquica.

A fonte “A situação atual do Hospital João de Barros Barreto” (1990) indicou que o Hospital João de Barros Barreto prestou serviços na área educacional, desenvolvendo atividades ao nível de graduação, pós-graduação e desenvolvimento de recursos em pneumologia e doenças infecto-parasitárias, participando em conjunto com outras instituições na preparação de mão de obra qualificada na área da saúde. Nessa conjuntura, o hospital funcionou como o Centro de Treinamento número 2 do Programa de Controle de Infecção Hospitalar no Brasil (A situação atual do Hospital João de Barros Barreto, 1990, p. 4).

O organograma do HJBB, através das determinações oriundas do MS, mantinha sua organização funcional obedecendo a uma estrutura, embora não oficializada, oriunda de determinações do ministério, que contemplava:

a) Uma Diretoria – ocupada por médico do quadro de pessoal existente; b) Três Departamentos de Atividades: c) Administrativas; d) Atividades Assistenciais e; e) Atividades Especiais.

O Departamento de Atividades Administrativas está organizado em duas Divisões, Administrativa e de Apoio Administrativo, e 10 Seções (informação verbal).

O quadro de lotação da Diretoria, de acordo com o organograma vigente entre o ano de 1989 e 1990, permitiu a alocação de 171 servidores. O Departamento de Atividades Assistenciais estava composto por três Divisões: Médica, de Enfermagem e Técnica de Apoio, e por 20 seções. A capacidade de lotação de funcionários neste departamento foi de 566, porém, a lotação real era de 283 servidores (A situação atual do Hospital João de Barros Barreto, 1990, p. 5). A fonte ainda indicou que “O Departamento de Atividades Auxiliares esteve constituído por duas Divisões: a) Desenvolvimento de Recursos Humanos e Atividades Especiais e por (7) sete Seções”.

Esses departamentos encontravam-se subdivididos em Divisões e Seções, e funcionavam com bastante defasagem de recursos humanos, que em função do redimensionamento das atividades assistenciais e da ampliação das áreas de ensino e pesquisa, e ainda do déficit de pessoal, tornou-se necessária a contratação de Recursos Humanos, prevendo uma readaptação da estrutura organizacional do HJBB.

A “Programação-Orçamentação do Hospital João de Barros Barreto” (1990) indicou, nos seus registros que a UFPA, no Instituto de Ciências da Saúde, e demais áreas e afins, vinha ressentindo-se, ao longo das décadas de 1970 e 1980, da falta de estrutura hospitalar adequada de apoio ao ensino de graduação, pós-graduação e de pesquisa.

O documento acima referido ainda narrou que, não obstante os esforços empreendidos, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará, por razões supervenientes, oferecia meios limitados à eficiência do adiestramento dos cursos que ali tinham a sua base de referência. Tampouco a rede hospitalar de Belém oferecia alternativas viáveis à superação das dificuldades, porque vinha passando o ensino acadêmico e a pesquisa científica.

O HJBB, desde o ano de 1979, foi cogitado com vistas ao seu aproveitamento como campo de apoio à prática hospitalar, pois possuía condições nas áreas específicas de Pneumologia, das Doenças Infecto-parasitárias (incluindo a AIDS), da Oncologia Torácica e com grandes possibilidades de extensão à Nefrologia e Hemodiálise, condições essenciais para suprir as necessidades do ensino acadêmico e da pesquisa científica.

O HJBB operacionalizava entre os anos de 1989 e 1990 com 187 leitos clínicos e cirúrgicos, 12 leitos de Isolamento e cinco leitos de Centro de Terapia Intensiva, assim como 61 leitos de Pneumologia, 58 leitos de Doenças Infecciosas e Parasitárias, 36 leitos de Pediatria, 32 leitos de Cirurgia (Lotação de pessoal, 1990, p. 5). A fonte referida ainda indicou que: “Dos 12 leitos de Isolamento, dez estão dispostos nas Unidades de Clínicas e dois (2) no Centro de Terapia Intensiva”.

Figura 22 – O Hospital João de Barros Barreto em 1989



Fonte: Jornal **O Liberal**, Belém, terça-feira (23 maio, 1989).

O documento citado ainda referiu que a lotação do pessoal estava formada por 393 servidores entre o MS e a CNCT, 53 da SESP A e 7 do Inamps, totalizando 453 funcionários. Após as reformas propostas, o hospital ampliou a capacidade para 300 leitos, com a seguinte distribuição: 106 leitos para Pneumologia, 106 para doenças Infecto-parasitárias, 50 para Pediatria e 38 para Cirurgia, o que demandava o quadro de pessoal ideal de 780 funcionários, havendo necessidade de mais 327 funcionários (Lotação de pessoal, 1990, p. 5).

No campo do ensino formal, o hospital desenvolveu, desde o ano de 1989, o Programa de Residência Médica nas especialidades de Pneumologia e Doenças Infecto-parasitárias. Em 1990, funcionou com seis médicos-residentes, sendo quatro em Pneumologia, e dois em Doenças Infecciosas e Parasitárias, e como parte de exigência regimentar, houve celebração de convênio de cooperação com a UFPA, visando o intercâmbio entre os programas de Residência Médica das duas instituições para o desenvolvimento dos pré-requisitos em especialidades essenciais à formação médica, visto que a rede hospitalar da Secretaria Estadual de Saúde e do Hospital da Santa Casa de Misericórdia eram as duas únicas instituições que ofereciam recursos à formação especializada em saúde, nos cursos de Medicina, Farmácia, Odontologia e Enfermagem.

O “Regimento Interno do Hospital João de Barros Barreto” (1990) traz em suas linhas, o panorama da situação em que se encontravam as instituições responsáveis pela formação e treinamento (residência) dos profissionais de saúde formados nos cursos de Medicina, Farmácia, Odontologia e Enfermagem, cuja principal instituição de formação do Estado do Pará era, desde a década de 1960, a UFPA.

De acordo com Miranda e Abreu Junior (2010), a UFPA foi criada pela Lei nº 3.191, de 2 de julho de 1957, sancionada pelo presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira, após cinco anos de tramitação legislativa. No limiar do seu funcionamento, a UFPA congregou sete faculdades federais, estaduais e privadas existentes em Belém: Medicina, Direito, Farmácia, Engenharia, Odontologia, Filosofia, Ciências e Letras e Ciências Econômicas, Contábeis e Atuariais.

Simultaneamente à criação da UFPA, Miranda e Abreu Junior (2022) elucidaram que, sete destas Faculdades estavam na sua origem, com exceção da Faculdade de Medicina, que foi criada na cidade Belém no ano de 1919, após a remodelação dos serviços de saúde do Estado do Pará, promovida em 1898 pelo governador Paes de Carvalho, que agregou aos serviços de saúde já existentes no Estado, os serviços de bromatologia, o serviço de farmácia, a polícia higiênica e sanitária dos animais e lazaretos.

De acordo com Miranda e Abreu Junior (2022), a Faculdade de Medicina foi a peça fundamental na cessão do Hospital João de Barros Barreto à Universidade Federal do Pará, em 1990, uma vez que o Hospital da Santa Casa de Misericórdia era a instituição que até então vinha sendo utilizada como Hospital-Escola no treinamento de formação e capacitação dos docentes e discentes, mantendo o respaldo da comunidade médica brasileira pela qualidade dos serviços prestados ao ensino médico.

Em contrapartida, os primeiros passos na direção da integração do HJBB à UFPA começaram a ser dados por meio da absorção do alunado da UFPA. No HJBB, realizou-se o treinamento de 40 alunos do Curso de Enfermagem nas disciplinas Introdução à Enfermagem e Enfermagem Obstétrica nas unidades de internação de adultos e pediátrica.

Em consonância com a política de intercâmbio cultural adotada por esta instituição, recebeu-se para treinamento, por um período de dois meses, um aluno do Curso de Graduação em Medicina da Universidade de Frankfurt-Alemanha, que desenvolveu suas atividades nos setores de internação e meios diagnósticos do Hospital João de Barros Barreto (A situação proposta: a integração ensino-serviço-pesquisa, 1990, p. 12). No subtópico seguinte, adentrou-se com maior profundidade ao complexo processo de contratualização do HJBB ao MEC no alvorecer dos anos de 1990.

4.4 O HJBB e sua contratualização como Hospital Universitário

De acordo com a fonte “A situação atual do HJBB” (1990), em 1990, foi imperioso ao HJBB realizar uma avaliação das condições de funcionamento do hospital, haja vista a

magnitude do trabalho desempenhado por esta instituição e a carência de Unidades especializadas no setor de Pneumologia e Doenças Infecto-parasitárias (primordialmente a AIDS) na região amazônica.

A fonte ainda indicou que nessa época, a redução do Tempo Médio de Permanência foi motivada pela maior agilização dos serviços de apoio diagnóstico, assim como pela racionalização dos critérios de alta hospitalar e a garantia de continuidade do tratamento pelo ambulatório. Tais medidas foram necessárias, em virtude da implantação da nova modalidade de remuneração dos trabalhadores da saúde por produtividade (A situação atual do Hospital João de Barros Barreto, 1990, p. 6).

Os registros do documento reafirmaram que, reconheceu-se, no entanto, que tais providências não foram suficientes para garantir a manutenção financeira das atividades hospitalares, uma vez que boa parte das enfermidades atendidas no hospital precisavam de um período maior de internação, a exemplo dos casos das meningites por fungo e meningite tuberculosa, as complicações oriundas da tuberculose pulmonar (dentre elas principalmente a desnutrição e a hemoptise) e os procedimentos cirúrgicos do tórax.

A essa dificuldade, agregou-se o fato de o Hospital ser o único que dispunha de leitos para o isolamento de doenças infecciosas e AIDS, o que segundo a fonte acima mencionou, determinava a utilização exclusiva desses leitos para tal finalidade. Apesar do incremento de leitos ocorrido no limiar do ano de 1990, ainda se observou um déficit na oferta para atendimento da clientela referenciada. Tal constatação norteou as reformas estruturais que proporcionaram a expansão de mais 130 leitos, o que careceu ser necessário ao correspondente investimento na área de recursos humanos e materiais (A situação atual do Hospital João de Barros Barreto, 1990, p. 6).

A Comissão de Controle de Infecção Hospitalar instituída no Hospital nessa época desenvolveu suas atividades de rotina, tais como a ministração de cursos, reciclagem, treinamento, e elaboração de normas e procedimentos preventivos sobre infecção hospitalar, participação em eventos científicos e outras atividades do HJBB. A fonte referida indicou que na área da educação formal, a capacidade de absorção do alunado HJBB no Programa de Residência Médica previu a cobertura de 12 alunos residentes ao ano do HJBB, mais dois por bimestre na Especialidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias da Residência Médica da UFPA em cooperação com a Santa Casa de Misericórdia (Idem.).

De acordo com o documento “Capacidade de absorção do alunado no HJBB” (1990), o estágio curricular ofertado na área da Medicina seria obedecido através dos seguintes sistemas modulares:

- I) Sistema Modular: capacidade para nove alunos por módulo;
- II) Sistema Internato: capacidade para nove alunos por ano.

A fonte acima referida indicou que além da Medicina, a Residência em Enfermagem obedecia ao Sistema Modular com capacidade para 23 alunos por turno, com oferta de dois turnos nas Áreas de: Preparo e Esterilização de Material; Doenças Transmissíveis; Área Médico-Cirúrgica; Controle de Infecção Hospitalar e Administração em Serviço de Enfermagem. A Residência em Fisioterapia obedecia ao Sistema Modular com capacidade para oito Estagiários por Módulo na Área de Fisioterapia Respiratória (Capacidade de absorção do alunado no HUIBB, 1990, p.15).

No campo do ensino formal, tendo como parte da exigência regimentar no ano de 1990, houve celebração de convênio de cooperação com a UFPA, visando ao intercâmbio entre os programas de Residência das duas instituições para o desenvolvimento de pré-requisitos em especialidades essenciais à formação médica. No documento “A Situação Proposta: A integração Ensino-Serviço-Pesquisa” (1990), elucidou-se que no outro ramo do ensino desenvolvido durante 1990, houve a execução de estágios curriculares e extracurriculares. Dentre as atividades curriculares, houve convênio assinado com a Universidade do Estado do Pará (UEPA).

A fonte ainda mencionou que para o curso de Enfermagem, o treinamento prático na disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica I e II contou com: a capacidade de alunos por curso aumentada para 88 alunos na Unidade de Internação de Adultos; e Central de Preparo e Esterilização de Material e Controle de Infecção Hospitalar. Na disciplina Enfermagem em Doenças Transmissíveis, 93 alunos receberam treinamento prático na Unidade de Internação de Doenças Infecto-parasitárias.

Para o curso de Medicina, havia: treinamento prático em técnica cirúrgica para dois alunos; em clínica pneumológica, para um aluno; e ainda aulas práticas na área de Doenças Infecto-parasitárias para 88 alunos. E, por outro lado, para o curso de Fisioterapia, realizou-se treinamento prático em fisioterapia respiratória para 47 alunos.

A fonte elucidou que com relação ao alunado da UFPA, realizou-se o treinamento de 40 alunos do curso de Enfermagem nas disciplinas Introdução à Enfermagem e Enfermagem Obstétrica nas unidades de internação de adultos e pediátricas.

Como atividades extracurriculares, realizou-se treinamento para um funcionário da Secretaria de Estado de Saúde do Pará (SESPA) sobre capacitação técnico-operacional em

Raio-X, e para dois funcionários do IEC sobre capacitação técnico-operacional em Laboratório de Análises Clínicas (Hematologia e Bioquímica).

Desde a assinatura da Portaria nº 337 de 1 de novembro de 1983, o HJBB traçou estratégias para tornar viáveis sua cessão à UFPA, tendo enquanto justificativa o cumprimento da sua vocação institucional na área do ensino acadêmico e seu relevante papel na assistência à população, cobrindo grande parte das doenças prevalentes no Estado do Pará e na região amazônica.

De acordo com o documento “Programação de Atividades” (1990), as categorias de enfermidades atendidas pela expansão da cobertura assistencial do futuro Hospital Universitário seriam: pneumopatias e doenças infecto-parasitárias, sendo AIDS, acidentes ofídicos, cólera, meningite, tétano etc. Esse processo que caminhou para a efetiva integração entre o HJBB e a UFPA foi tratado com maior profundidade no subtópico seguinte.

4.5 A integração à Universidade Federal do Pará

No Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará, ofereciam-se meios limitados ao cumprimento dos requisitos necessários à assistência hospitalar, ao ensino acadêmico e à pesquisa científica, com baixa eficiência no treinamento profissional ao nível de formação e capacitação nos cursos que existiam nesta instituição de saúde. A rede hospitalar da cidade de Belém igualmente não oferecia alternativas viáveis à superação dessas dificuldades através das quais vinha passando o ensino acadêmico na área da saúde.

Diante da permanência da situação de crise entre a direção do hospital-escola da Santa Casa de Misericórdia e a administração superior da UFPA, passou-se a buscar alternativas para solucionar o problema do treinamento dos profissionais de saúde formados no CCS, conforme assinalou o parecer do documento realizado pela UFPA em 1990: “A Situação Proposta: a Integração Ensino-Serviço-Pesquisa” (1990).

A Universidade Federal do Pará, no campo das Ciências da Saúde e demais áreas afins, vem se ressentindo, ao longo das últimas décadas, da falta de estrutura hospitalar adequada ao apoio do ensino de graduação, pós-graduação e de pesquisa [...].

Por essas razões, no momento em que o Ministério da Saúde, então responsável pelo HJBB, se dispõe a ceder a utilização do Hospital pelo Estado ou a Universidade, houve a sugestão da Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS, de sua transferência para a Universidade (informação verbal).

Em cumprimento à determinação da Portaria Interministerial nº 653, de 10 de julho de 1990, publicada no *Diário Oficial da União* de 16.07.1990, a Comissão Interinstitucional

apresentou suas conclusões sobre a viabilidade da transferência do HJBB para a UFPA ou para a SESPA (Ofício, 1990, p. 1).

Nos registros do Ofício dirigido ao MS, datado de 16 de agosto de 1990, os membros da CIS concordaram em considerar a transferência para a UFPA como viável e conveniente, e depois do parecer elaborado pelo HJBB anexou-se, junto ao ofício, uma proposta de integração de ensino-serviço-pesquisa.

Este documento ressaltou em seu conteúdo que o HJBB prestava serviços especializados que o tornavam naquela conjuntura uma entidade de alto significado social para a região amazônica, visto que a relação de enfermidades atendidas pelo hospital listou um conjunto de patologias de alta incidência na região, que atingiam as populações mais carentes, abrangendo aspectos sociais, psicológicos e físicos que tornavam a intervenção hospitalar mais complexa e demorada e que demandava maiores custos.

Diante da necessidade de hospital que pudesse servir à capacitação profissional dos médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e demais profissionais da saúde do próprio HJBB e aqueles advindos da UFPA, a Comissão Interinstitucional de Saúde levou em consideração a situação da assistência médica da rede hospitalar ofertada pela Prefeitura de Belém e aquela ofertada pelo Estado do Pará no hospital-escola da Santa Casa de Misericórdia, que nem sempre caminhou nos padrões de excelência. Esta instituição sofreu transformações comuns às instituições do mesmo perfil em todo o Brasil, configurando-se, desde os seus primórdios, em um espaço de caridade que passou progressivamente a transformar-se em um lugar de cura.

Rodrigues (2008) ressaltou que o perfil da Santa Casa de Misericórdia do Pará transformou-se, na transição do século XIX, para o limiar do regime republicano. Segundo ele, quando ocorreu a necessidade de adaptar as instalações da instituição aos pressupostos da ciência médica, o hospital começou a ganhar maior importância em seu interior. O autor ainda mencionou que, no século XX, a instituição ainda sofreu as transformações ocasionadas pelos progressos técnicos e científicos, em que se passou a conceber uma nova noção da instituição-hospital, o que se repercutira tanto na sua arquitetura quanto no seu funcionamento.

O autor mencionou que, por muito tempo, a hospitalização dos pacientes na Santa Casa de Misericórdia do Pará não significou o reflexo de padrões de excelência mantidos sob a forma de melhorias técnicas e assistenciais, como atualmente se procura. Por outro lado, obedeceu tão somente ao fim caritativo de acolher os indivíduos acometidos por doenças e que, não dispondo de recursos, não poderiam realizar o tratamento em casa.

Figura 23— O Hospital-Escola da Santa Casa de Misericórdia em ruínas em 1987



Fonte: Beira do Rio (abr./maio, 1987).

De acordo com o ofício dirigido ao Ministério da Saúde, dadas as suas características institucionais citadas anteriormente, o HJBB apresentava-se como “uma instituição necessária e insubstituível para a região, havendo assim um imperativo social que demandava por uma continuidade e crescimento” (Ofício, 1990, p. 1).

Esse imperativo pôde-se ser entendido como necessidades do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará. A respeito disso, Miranda (2010) assinalou que os primórdios da Faculdade de Medicina do Pará datavam de momentos após a decadência da economia da borracha e da crise da *Belle Époque* em Belém. Surgiu na forma da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará, fundada em 12 de julho de 1914, instalada oficialmente em 15 de agosto do mesmo ano, quando tomou posse a sua primeira diretoria.

De acordo com Miranda e Abreu Junior (2022), a Faculdade de Medicina no Pará, posteriormente Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, seria a oitava a ser criada no Brasil até a década de 1960 e desempenhou um papel preponderante para a Medicina em toda a região amazônica e parte do Nordeste brasileiro.

A partir de 1957, a Faculdade de Medicina institucionalizou-se nos quadros de cursos ofertados pela UFPA, ao passo que a Santa Casa de Misericórdia existia como um hospital público histórico, que por ser o único existente com essas características, passou a servir como hospital-escola para o treinamento prático dos estudantes do curso de Medicina da UFPA até os anos de 1987, momento no qual enfrentou uma situação de crise após

levantarem-se divergências entre as administrações das duas instituições quanto ao ensino médico continuar a permanecer ali ou não.

A fonte “A situação proposta: a integração ensino-serviço-pesquisa (1990)” foi o reestudo realizado em forma de proposta de preparação do HJBB para a contratualização com o MEC. Nele, passou-se pela estratégia de preparação da integração entre a assistência, o ensino e a pesquisa. A expansão da cobertura assistencial estipulava: o aumento em 240 número de leitos; a criação de ambulatórios de Infectologia e Pneumologia; e o aumento dos recursos diagnósticos com a criação de laboratórios de análises clínicas, raios-x, ultrassonografia, tomografia convencional, endoscopia respiratória, espirometria; e além disso, havia o desenvolvimento no setor de cirurgias através do incremento nas cirurgias torácicas, com a possibilidade de expansão para a cirurgia geral.

Na proposta de integração, o setor de ensino teve enquanto objetivo de atuação, a relação entre o serviço assistencial e o ensino acadêmico, cujos desdobramentos resultaram na criação de: programas de estágio ao nível de graduação e pós-graduação; a aprovação do Programa de Residência Médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias, Pneumologia e Cirurgia Geral; e ainda a possibilidade da reativação da Residência Médica em Enfermagem.

Na proposta de integração, o setor de pesquisa científica direcionou-se para o estudo da possibilidade de utilização de: a) novas drogas para o tratamento da tuberculose; b) estudos da sensibilidade do *Plasmodium Falciparum* (agente etiológico da Malária); c) a pesquisa interdisciplinar em cólera.

De acordo com Araújo e Leta (2014), os pressupostos organizacionais e funcionais desse novo conceito de hospital, vinculado formalmente às escolas médicas, e que pressupõem a integração da assistência, pesquisa, o ensino e a extensão, foram os critérios que passaram a ser os requisitos para o credenciamento e a avaliação dessas instituições nos Estados Unidos da América e no Canadá, os mesmos critérios aplicados ao Brasil na certificação dos seus Hospitais Universitários.

Somente com o advento do HU podia-se suprir as limitações das demais disciplinas curriculares que não usufruíram dos benefícios da incorporação do HJBB. A incorporação visou minimizar a deficiência de leitos hospitalares públicos no Estado, os quais entre o ano de 1989 e 1990 correspondia ao acréscimo da rede contratada pelo Inamps, permitindo a cobertura de apenas 48% da população do Estado do Pará.

A “Programação-Orçamentação do HJBB” (1990) indicou nos seus testemunhos escritos que por essas razões o MS, então responsável pelo HJBB, se dispôs a ceder a

utilização do Hospital pelo Estado do Pará ou pela UFPA. Ao final dos reestudos internos, houve a sugestão da CIS de sua transferência para a Universidade.

O MS, órgão responsável pela gestão do HJBB, se dispôs a ceder a instituição para o MEC, na forma da Universidade Federal do Pará. A CIS participou desta sugestão de incorporação, dada como forma de tornar o HJBB um HU, pois, segundo o parecer institucional da situação do serviço-ensino-pesquisa, de 1990, garantia-se que uma vez o HJBB tornado HU “se poderá suprir as limitações das demais disciplinas curriculares que não usufruirão dos benefícios da incorporação do HJBB” (Situação atual do hospital, 1990, p. 1).

A partir disso, o terceiro componente exigido pela certificação dos Hospitais Universitários foram as ações de extensão, as quais foram implementadas no projeto de integração entre assistência-ensino-pesquisa com vistas a transformar o HJBB no Hospital Universitário. As ações de extensão no HJBB foram executadas com o fito de promover a capacitação e aperfeiçoamento de recursos humanos na área da saúde ao nível local e regional.

O Termo de Cessão do HJBB à UFPA foi publicado no *Diário Oficial da União*, de quinta-feira, 6 de dezembro de 1990, assinado pelos: Ministro da Saúde, Alcenir Guerra; o Ministro da Educação, Carlos Alberto Chiarelli; o Governador do Estado do Pará, Hélio da Motta Gueiros; e o Reitor da UFPA, Nilson Pinto de Oliveira:

Extrato do Termo de Cessão de Uso”, que entre si celebram, de um lado, o Ministério da Saúde, e do outro lado, o Ministério da Educação através da Universidade com a interveniência do Governo do Estado do Pará através da Secretaria de Saúde.

Este Termo de Cessão de Uso dos imóveis de propriedade do Cedente com finalidade de sua utilização pela Concessionária como Hospital de Ensino, Pesquisa e Assistência, voltado à produção de conhecimentos e desenvolvimento tecnológico, vinculado à Universidade Federal do Pará – UFPA (informação verbal).

A partir do dia 1 de outubro de 1990, o HJBB mudou sua nomenclatura para HUIBB, e nasceu conveniado ao SUS, sistema que, de acordo com Laprega (2015), encontrava-se efetivamente implantado a partir da Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Quanto ao financiamento do hospital, este deu-se no âmbito do convênio padrão universitário. Verificou-se que, ampliando-se o número de leitos, ter-se-ia, no período de agosto a dezembro do ano de 1990, uma receita estimada, que de acordo com o Ofício dirigido ao Ministro da Saúde datado de 1990, seria de:

Cr\$ 179.334.000,00 (cento e setenta e nove milhões, trezentos e trinta e quatro mil cruzeiros) para uma despesa de Cr\$ 174.961.000,00 (cento e setenta e quatro milhões, novecentos e sessenta e um mil cruzeiros) (s/a, 1990, fl1).

Com o advento do HU, pôde-se suprir as limitações das demais disciplinas curriculares que não usufruíram dos benefícios da incorporação do HJBB. Além disso, o Hospital Universitário João de Barros Barreto representou a solução parcial para os problemas de deficiência de leitos hospitalares públicos no Estado do Pará, cuja situação no ano de 1990 representou o acréscimo da rede contratada pelo Inamps⁷⁵, de modo a permitir a cobertura de apenas 48% da população paraense.

O HUIBB, no decorrer de 1990, manteve primordialmente o desenvolvimento das atividades assistenciais nas áreas de referência em Pneumologia e de Doenças Infecto-parasitárias, além de dar continuidade às ações de formação e aperfeiçoamento de recursos humanos e execução de pesquisas operacionais relacionadas com o seu perfil de atendimento.

A Dr.^a Regina Fátima Feio Barroso vivenciou a gestão do Hospital João de Barros Barreto como vice-Reitora na conjuntura da redemocratização nas políticas de organização do sistema de saúde trazendo as transformações dos hospitais federais convertidos nas unidades acadêmicas contratualizados às Universidades. Ela percebeu esse processo ao nos narrar que:

Eu era coordenadora de mestrado interinstitucional, era diretora da faculdade, que naquele tempo não tinha a figura do diretor da faculdade, mas, de coordenador de curso, e aí então eu peguei um curso muito prejudicado. Dizendo que ia fechar. Tinha 15 cursos da Universidade que estavam nessa situação e aí o antigo reitor que era o seu Cristóvão, não sei por que mandou me chamar e perguntou se eu queria ajudar no sentido da gente revigorar o curso eu fiz assim e aí de repente a gente faz um trabalho depois que o Cristóvão Diniz saiu, o Alex Fiúza entrou e aí fiquei também no curso (informação verbal).

O HUIBB nasceu assim como o HU, integrado aos princípios doutrinários da Constituição de 1988, cujas orientações definiram a saúde como um direito de todos; e aos princípios doutrinários do SUS (universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde), assim como obediente aos princípios que referem-se à sua operacionalização: descentralização dos serviços, regionalização, hierarquização da rede e participação social dos usuários.

Todavia, ao nível conjuntural, o HUIBB nasceu em um contexto de dificuldades orçamentárias, sendo um fato ocorrido nesse contexto, a diminuição de repasse da administração do Hospital, do Ministério da Saúde para o Ministério da Educação através da Universidade Federal do Pará, cuja administração superior exigiu o trato adequado da gestão, principalmente com relação ao corpo funcional, cujo desdobramento gerou situação de

⁷⁵ A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990) fundou o Sistema Único de Saúde, tendo por um dos princípios a descentralização já prevista nessa lei, e possibilitou que se estabelecesse que os contratos e convênios com a rede prestadora de serviços fosse deslocada para a responsabilidade dos municípios, substituindo os antigos contratos do Inamps; e na esteira disso, os convênios com os Hospitais Universitários. Sobre isso ver: Carmo (2007).

insegurança entre os dois Ministérios. Esse fato esteve presente nas memórias laborativas do Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira, médico servidor do HJBB entre 1976 e 2000, que nessa conjuntura participou ativamente das negociações para a integração do HJBB à UFPA.

Aí ela [Dr.^a Elisa Sá] entrou quando o hospital tinha, com a ação do presidente Collor, mandado demitir o diretor e a Isa se tornou a diretora. Ela foi demitida então não tinha nem uso de DAS. Aí o mais graduado naquela altura era Dr.^a Leila Rocha, que foi ser diretora. Pegar o pepino de tocar a unidade. Não tinha orçamento, não tinha dinheiro para nada. Bom, e então: o hospital vai para o município, vai para a universidade, vai para o Estado? Colocaram isso como decisão no Ministério da Saúde [...] E nós fomos atrás da universidade, porque o município sequer tinha nada de hospital; do Estado a gente sabia também das dificuldades e a intervenção política dos hospitais. Optamos por procurar o Reitor na época, que era o Doutor Nilson Pinto de Oliveira. E aí foi que nós chegamos na universidade (informação verbal).

Os desdobramentos dessa situação de insegurança e medo esteve presente no cotidiano laboral do ex-diretor do HJBB, o Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira, que sentimentalmente entre lágrimas, relembrou desse episódio de crise ocorrida durante a sua gestão diretiva, marcado pela incerteza quanto ao recebimento das verbas orçamentárias.

Rapaz, eu era o vice da Isa. E logicamente a Isa saiu e foi ser Secretária de Saúde do Estado. Eu fui o escolhido “pra” substituir. Não foi o pedido, foi ele que pediu e eu fui escolhido. E deu confusão, porque os grupos eram muito forte e não me queriam. Eu não era professor. Os professores, o Sindicato, os próprios colegas, cada um com a sua razão. Eu era o grande vilão da história e não era para “tá” lá. Qualquer um professor, menos eu. Eu fiz o meu trabalho com toda essa situação, todo mundo querendo ser alguma “coisa”, mas não queriam o ônus, só queriam o bônus. E aí não teve jeito. Foram dois anos e pouco que eu passei lá [...]. Quando chegou em Julho mandaram avisar que tinha acabado o meu dinheiro porque eu recebi duas fontes, era verba do orçamento, que era um pouquinho, e o que a era dado pelo Ministério da Saúde. Bem, disseram o seguinte: “é porque foi Brasília que enviou, e o senhor recebeu de duas fontes, e não pode mais ficar”. E os políticos com aquela educação própria do político que tem o poder do mundo. Nós fomos com deputado. A Ana Diniz me orientou e fomos, lá falamos tudo. No outro ano, no outro trimestre o dinheiro voltou, mas eu já ia sair. Essa é a minha interpretação, eu saí em julho. Mas teve algumas coisas muito, muito especiais: quando chegou nossa parte, tivemos que cortar comida dos funcionários. O negócio estava difícil. Aí o pessoal da Ceasa mandou perguntar se eu aceitava uma doação que eles queriam fazer (Pausa. Emoção). Rapaz, até hoje isso me emociona. Mas estava tudo lá, tudo que tu possa imaginar: fruta arroz feijão “pra” dois meses, deu para dois meses. Foi quando “tava” terminando. Assim, uma sexta-feira a gente estava até quatro horas. Foram dizer: “Aí Doutor, tem um carro aqui que tem um grupo de pessoas que vem fazer [...]” (Choro). Desculpa o choro [...] (informação verbal).

Considerou-se, ainda dentro desse processo, a mudança de financiamento do HJBB, antes mantido com o orçamento do Ministério da Saúde e da Campanha Nacional Contra a Tuberculose, depois pelo Sistema de Atendimento Médico Hospitalar da Previdência Social (SAMPHS) e a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), cuja nova forma de custeio gerou insuficiência de recursos para a manutenção do Hospital Universitário, racionamento provocado em função da mudança do seu perfil de atendimento.

Mesmo levando-se em consideração esse quadro de dificuldades, foi possível manter o padrão de qualidade através da reforma na estrutura física do Hospital, a ampliação no número de leitos e a modernização de alguns setores da administração.

A cólera foi o desafio sanitário surgido nesse contexto e mobilizou todo o aparato da assistência hospitalar prestada à população paraense e amazônica, assim como da execução da programação orçamentária para os anos de 1990 e 1991, que especialmente refletiu-se na cobertura assistencial à epidemia de cólera na cidade de Belém.

Beltrão (2004) assinalou que a última epidemia de cólera ocorrida no Brasil iniciou-se na cidade de Belém, em novembro de 1991, quando o Hospital Universitário João de Barros Barreto, então unidade de referência para a epidemia, formulou um programa interdisciplinar denominado “A Epidemia de Cólera e a Qualidade Ambiental no Estado do Pará: Estudo Integrado”, cuja iniciativa objetivou compreender a emergência sanitária em todas as suas nuances de modo a melhor entender os coléricos.

Não obstante esse quadro complexo de dificuldades, foi possível manter o padrão de qualidade da assistência prestada à população paraense e da região amazônica, assim como pôde-se executar a programação para o ano de 1991, traduzida através da reforma na estrutura física do Hospital Universitário João de Barros Barreto, na ampliação no número de leitos e na modernização de alguns setores da administração.

A transformação progressiva do antigo Sanatório de Tuberculose no moderno HUIBB representou um processo histórico importante na história das organizações de saúde na Amazônia e no Brasil, a qual pôde ser atribuída por Miranda e Abreu Junior (2019) na seguinte fórmula que resumiu o avanço técnico-científico em uma instituição de saúde, que paulatinamente tornara-se obsoleta diante dos tuberculostáticos e da cirurgia torácica, o que levou à adaptação do seu perfil visando ao atendimento de outras patologias, como as doenças tropicais e infecciosas, também um flagelo na região, mudanças sem as quais o hospital não teria como continuar.

O Quadro abaixo, elaborado pelo autor a partir dos dados auferidos, mostra, de forma resumida, a asserção feita acima por Miranda e Abreu Junior (2019).

Quadro 3– Evolução do perfil institucional do Hospital Universitário João de Barros Barreto

Perfil	Natureza das Atividades	Inauguração	Fim da vigência

Sanatório Barros Barreto	Atendimento médico aos pacientes de tuberculose	1957	1976
Hospital Barros Barreto	Atendimento médico aos pacientes de tuberculose e acometidos por doenças tropicais, acidentes ofídicos, ações incipientes de ensino e pesquisa com entidades de fomento estaduais e nacionais	1976	1983
Hospital João de Barros Barreto	Atendimento aos pacientes de tuberculose, doenças tropicais, acidentes ofídicos, cirurgias reparadoras, HIV/AIDS; e ações integradoras de ensino e pesquisa com hospitais e universidades estaduais e federais	1983	1990
Hospital Universitário João de Barros Barreto	Atendimento aos pacientes de tuberculose, doenças tropicais, acidentes ofídicos, cirurgias reparadoras, HIV/AIDS, tétano e cólera; Hospital de Ensino-Pesquisa-Extensão (HE) vinculado à Universidade Federal do Pará e certificado pelo Ministério da Educação como Hospital	1990	Atualidade

	Universitário (HU)		
--	--------------------	--	--

Fonte: Nascimento (2023).

Na atualidade, o HUIBB é uma unidade de assistência, ensino, pesquisa e extensão que atende gratuitamente a população paraense e de outros estados da Região Norte, por meio do SUS. Dados institucionais advindos do Complexo Hospitalar UFPA apontaram que o HUIBB conta hoje com 26.420 metros quadrados de área construída e estão cadastrados no MS: 218 leitos e 63 consultórios, sete salas de cirurgia e uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Na área de Assistência, o HUIBB oferece consultas e internação em diversas especialidades, como: Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Endocrinologia, Cardiologia, Gastrenterologia, Neurologia e Urologia.

De acordo com Miranda e Abreu Junior (2019), nos dias atuais, até uma unidade de Oncologia foi inaugurada na área do entorno do HUIBB, ganhando, assim, mais uma “vocação” para o Complexo Hospitalar Universitário da UFPA, que compreende também o hospital “Bettina Ferro de Souza” (HUBFS), um dos hospitais universitários que, associado ao HUIBB, formam o complexo hospitalar universitário UFPA, o maior conglomerado de assistência à saúde do Norte, que desde 2015 integrou sua administração superior à organização social denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

4.6 Depoimentos

A contratualização do HUIBB a fim de torná-lo o HU cedido ao MEC e à UFPA envolveu uma complexa rede de atores, histórias e relações de trabalho neste processo.

Os registros de memória dos trabalhadores que estiveram ativos no HUIBB na conjuntura da contratualização deste como HU foram trabalhados neste subtópico em interlocução com os pressupostos teórico-metodológicos da história oral, o que, em outros termos, significou definir que se tratou de uma interrelação entre as memórias dos trabalhadores da saúde com a história oral. Pôde-se especificar que se interligou teoricamente os pressupostos da história oral ao uso metodológico das entrevistas. Esse exemplo derivou das análises de Frisch (2000), um autor que dedicou análise voltada ao desafio metodológico enfrentado pelos pesquisadores da história do trabalho em retratar a classe trabalhadora através das palavras e imagens nos processos de desindustrialização nos EUA no século XX.

Isso interessou às análises deste subtópico e na maneira como Frisch pensou o formato das entrevistas, pois no processo de produção das fontes orais no tempo presente, o entrevistador foi profundamente envolvido nessa geração dos próprios dados que serão estudados depois como evidências do passado. A título de ilustração, o autor apresentou de forma condensada o que talvez fosse o exemplo mais carregado e fascinante surgido nas suas entrevistas com os trabalhadores da usina norte-americana *Republic Steel*:

Um exemplo que estive muito perto de eliminar quando notei que uma certa Doris McKinney, fotografada com óculos de proteção e maçarico, havia contado a mesma história duas vezes em uma longa entrevista que eu tentava desesperadamente resumir. A história compreende o fato de que ela era uma mãe que recebia auxílio da assistência social e que estava diante de uma oportunidade de obter emprego permanente na usina da *Republic Steel*. Eis como ela contou a história da primeira vez [...] (informação verbal).

A perspectiva metodológica de Frisch citada acima interessou o nosso trato com as entrevistas realizadas com os trabalhadores da saúde do HUIBB, na medida em que concebemos que cada camada de evidência de memória como portadora de histórias de experiências, tentativas e determinação – mas com um invólucro de significado totalmente diferente, um novo envoltório que, de acordo com o exemplo citado por Frisch, “transformou uma mãe desesperada, que vive à custa da assistência social e procura uma saída, em uma graduada de nível superior que aceita uma mobilidade profissional descendente em troca de sustento econômico para suas necessidades familiares”, ou seja, as respostas dos entrevistados deslocaram-se conforme mudaram-se as perguntas.

A perspectiva acima deste autor na temática da história oral interessou-nos, além das análises deste subtópico, na medida em que nos orientou no tratamento da qualidade dos conteúdos das fontes orais, assim como o controle dos usos das memórias dos trabalhadores da saúde que vivenciaram nas suas rotinas de trabalho, as relações de trabalho na conjuntura da transferência de tecnologia de saúde e de recursos humanos entre o complexo da rede hospitalar do Estado do Pará, do município de Belém e do HUIBB.

Esse processo estrutural pôde ser visualizado ao nível conjuntural das relações de trabalho a partir das memórias do Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira, cuja lembrança desse contexto assim se manifesta verbalmente:

Fazia convênios. Então, o Estado do Pará cedia funcionários e ele dava alguns recursos [...]. Tudo muito pequeno, é só verificar os documentos. E, logicamente, a questão do recurso [...]. Com esses recursos não podia desenvolver obras no Barros Barreto. O lado leste tinha dois pavimentos. O pavimento três não chegou a ser concluído. Só funcionava até o segundo. Era tudo muito antigo, não tinha como funcionar para muita gente porque eram dois prédios e tinha um novo, mas, não tinha recurso para manutenção. Então, só havia duas escadas. Era um horror a

questão da infraestrutura. Agora, apesar de tudo isso sempre teve uma força enorme dentro da equipe que tocou o hospital até ele ser referência para o Brasil inteiro, na região toda (informação verbal).

O Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira evidenciou nas entrevistas o que ele tinha nas suas memórias a respeito do processo de transformação do Hospital João de Barros Barreto para o hospital universitário de ensino, pesquisa e extensão cedido ao Ministério da Educação. Durante a entrevista para a pesquisa, a Dr.^a Zélia Amador de Deus, esposa do dr. Anselmo, lembrou a ele do início da gestão do reitor Nilson Pinto, que segundo ele lembrou ocorreu em 1993, e teve a duração total de quatro anos, o que se refletiu na nomeação da Dr.^a Elisa Sá para a direção do Hospital. Isso teria ocorrido ainda na gestão do reitor Nilson Pinto. Nas palavras do Dr. Anselmo:

Quando ele entrou. Tem que ver isso lá, quando é que o Nilson recebeu Barros Barreto. Isso está documentado, tem tudo isso anotado, registrado, porque foi o Nilson que nomeou a Elisa na Direção e o Anselmo [ele próprio] na vice. Depois a Elisa ficou sozinha. Na verdade, o Nilson não nomeou ninguém. Primeiro foi o Ministério da Saúde. A Leila não tem nada com isso. Foi o Ministério da Saúde que botou, a Leila já estava no processo porque o Nilson demitiu a Leila [Nagib El Hosn] porque a Leila estava trabalhando contra Universidade. Mas é uma briga do poder, com os grupos. Quando o Nilson percebeu que a Leila não “tava” (sic), percebeu que a Leila não tava (sic) (informação verbal).

A conjuntura da cessão do HJBB ao MEC foi vivida por ele a partir de sua perspectiva de trabalhador da saúde, isto é, a partir da sua rotina laboral como médico pneumologista inserido nas redes de sociabilidade entre os demais profissionais da saúde e o corpo diretivo do hospital. De acordo com o Dr. Anselmo, a primeira direção do HJBB foi indicada à Dr.^a Elisa Sá; segundo o mesmo, “ela foi diretora em 1997. Aí ela entrou quando o hospital tinha, com a ação do presidente Collor, mandado demitir o diretor e a Elisa se tornou a diretora”.

Ela foi demitida, então não tinha nem uso de DAS. Aí o mais graduado naquela altura era Dr.^a Leila Rocha, que foi ser diretora. Pegar o pepino de tocar a unidade. Não tinha orçamento, não tinha dinheiro para nada. Bom, e então: o hospital vai para o Município, vai para a Universidade, vai para o Estado? Colocaram isso como decisão no Ministério da Saúde (informação verbal).

De acordo com as memórias do Dr. Anselmo, diante dessa situação de crise institucional, a saída encontrada pela CIS foi: “nós fomos atrás da universidade, porque o município sequer tinha nada de hospital; do Estado a gente sabia também das dificuldades e a intervenção política dos hospitais” (Entrevista, 2022, p. 233). E, acrescentou:

Optamos por procurar o Reitor na época, que era o Doutor Nilson Pinto de Oliveira. E aí foi que nós chegamos na universidade. Logicamente que aí tem as brigas políticas, as brigas das brigas de grupo passam, não passa, faz e desfaz.

A atuação do Dr. Nilson Pinto da Silva, à época reitor da Universidade Federal do Pará, nessa conjuntura, foi destacada pelo Dr. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira como essencial para que as negociações avançassem. Os seus registros de memória tornaram evidentes que “a primeira coisa que ela fez foi chamar o pessoal para uma reunião porque sabia que não tinha o orçamento”. E, acrescentou.

E não tendo fonte de financiamento, era impossível fazer qualquer coisa, tanto que a quantidade de funcionários que tinha era ínfima, não dava para tocar o hospital. Então, o que foi dito: o hospital tem que abrir leitos e tem que se virar. E com isso se autogerir. Aí o pessoal da UnB veio aqui na Reitoria da Universidade, no Barros Barreto e foi visto aqui que não dava, que tinha que ter mais ajuda, mais orçamento e colocar uma pequena quantidade no orçamento, porque a dificuldade com os políticos era o bota-tira, eles não deixavam entrar, como continua até hoje, né? E aí sempre foi o problema de infraestrutura, a falta de orçamento até hoje. Mudou-se alguma coisa. Mas, tá lá, não tem dinheiro para fazer a infraestrutura, os pisos arrebentam, teste aqui porque não pode funcionar laboratórios, banheiro não funciona, uma desgraça, uma desonra (informação verbal).

O Dr. Anselmo ainda explicou os arranjos e rearranjos realizados no corpo diretivo depois do HUJBB já contratualizado com o MEC. Em seguida, ele narrou o que havia sido aquela época:

Vice da Elisa [Sá]. E logicamente a Elisa saiu e foi ser Secretária de Saúde do Estado. Eu fui o escolhido para substituir. Não foi o pedido, foi ele que pediu e eu fui escolhido [pelo reitor]. E deu confusão, porque os grupos eram muito fortes e não me queriam. Eu não era professor. Os professores, o Sindicato, os próprios colegas, cada um com a sua razão. Eu era o grande vilão da história e não era para tá lá. Qualquer um professor, menos eu. Eu fiz o meu trabalho com toda essa situação, todo mundo querendo ser alguma coisa, mas, não queriam o ônus, só queriam o bônus. E aí não teve jeito (informação verbal).

A gestão de diretor do Dr. Anselmo Bentes de Oliveira durou, segundo o próprio, pelo tempo de dois anos: “dois anos e pouco, que eu passei lá, minha saúde foi para o brejo”. De acordo com ele, durante a sua gestão, não houve diminuição de leito, não fechou “leito nenhum, o programa de residência continuou, continuamos atendendo todo o ambulatório, tudo o que ‘tava’ antes continuou”.

A gestão do Dr. Anselmo passou por situações de crise a partir do penúltimo semestre, momento em que ele afirmou ter saído da direção do hospital. O hospital recebia um milhão de reais a cada trimestre, porém, quando chegou o mês de julho “mandaram avisar que tinha acabado o meu dinheiro, porque recebia de duas fontes, era verba do orçamento, que era um pouquinho, além do que era dado pelo MS”. E, prosseguiu:

Bem, disseram o seguinte: “é porque foi Brasília que enviou, e o senhor recebeu de duas fontes, e não pode mais ficar”. E os políticos com aquela educação própria do político que tem o poder do mundo. Nós fomos com deputado. A Ana Diniz me orientou, fomos lá, falamos tudo. No outro ano, no outro trimestre o dinheiro voltou,

mas, eu já ia sair. Essa é minha interpretação, eu saí em julho. Mas teve algumas coisas muito, muito especiais: quando chegou nossa parte, tivemos que cortar comida dos funcionários. O negócio estava difícil. Aí o pessoal da CEASA mandou perguntar se eu aceitava uma doação que eles queriam fazer (informação verbal).

Entre lágrimas, o Dr. Anselmo Bentes de Oliveira experimentou novamente o sentimento de gratidão vivido naquela situação, assim se expressando:

Rapaz, até hoje isso me emociona. Mas, estava tudo lá, tudo que tu possa imaginar: fruta, arroz, feijão pra dois meses, deu pra dois meses. Foi quando tava terminando. Assim, uma sexta-feira a gente estava até quatro horas. Foram dizer: “Aí Doutor, tem um carro aqui que tem um grupo de pessoas que vem fazer” (Pausa. Choro). Desculpa o choro. Era o pastor Euclides, da Igreja Universal. Foi muito legal. Também o Secretário de Saúde da época, era o governo do Doutor Almir Gabriel, doou, aí foi o governo, né? Medicação para dois meses. Aí nós conseguimos chegar no fim do mandato (informação verbal). .

A partir dos registros de memória do Dr. Anselmo, pôde-se perceber que os recursos destinados pelo Ministério da Saúde durante o governo do presidente Fernando Collor foram bloqueados, deixando o hospital sem ter como custear por dois meses a alimentação regular dos trabalhadores, fato ocorrido antes de o Dr. Anselmo deixar a gestão. Ele nos relatou bastante emocionado que a solução encontrada por ele como diretor foi graças à doação de alimentos da Associação dos Feirantes do Centro Estadual de Abastecimento do Pará (CEASA), que garantiu a alimentação dos trabalhadores no período em que os recursos estiveram bloqueados.

Apoiando-se na fugidia evidência da memória do Dr. Anselmo Bentes de Oliveira, pôde-se realizar a reconstrução de uma fração da história da contratualização do Hospital Universitário João de Barros Barreto. A partir da memória dele e de outras trabalhadoras e trabalhadores do hospital, pôde-se visualizar as relações de trabalho na perspectiva intra – e inter – ambiente hospitalar, os subsídios de história capazes de fazer-se visualizar as práticas sociais a partir das relações de trabalho.

De acordo com Frisch (2000), os dados de memória advindos deste trecho da fonte oral interessaram-nos metodologicamente na medida em que tocaram nas questões mais amplas do contexto estrutural da mudança na organização dos sistemas de saúde, tomados a partir das relações de trabalho e da memória laborativa, que se tomados a partir dos pressupostos teóricos da história oral, pode-se visualizar, com grande detalhamento, o contexto específico da contratualização do HUIBB.

Os registros de memória da trabalhadora da saúde, a Dr.^a Regina Fátima Feio Barroso contextualizam que a conjuntura da descentralização da estrutura dos serviços públicos de saúde coletiva no país nasceu do movimento de Reforma Sanitária inspirado na reforma

sanitária italiana e que no Brasil teve seu início a partir dos anos de 1970 impulsionou a democratização do acesso aos serviços de saúde a partir de 1986 com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, a primeira conferência a contar com a participação dos usuários como princípios e os marcos do programa “saúde para todos”.

Rodrigo: Professora, você falou sobre essa questão as conquistas das políticas. Como é que você vê a chegada dessas políticas de melhoramento da saúde como o SUS? Como era essa época pré SUS e depois do SUS?

Regina: Essa época da construção da reforma sanitária na verdade a reforma sanitária ela foi algo pensado com base na reforma sanitária italiana e as grandes os grandes nomes da saúde pública se reuniram e construíram o primeiro projeto de reforma sanitária. Por que se chamou de reforma sanitária? Porque primeiro só tinha direito a ser consultado a ser assistido se você fosse uma pessoa que contribuísse com a Previdência e que tivesse carteira assinada, ou onde através do Instituto Nacional de Seguridade Social, INSS, que depois virou INAMPS. Então isso foi uma um processo dentro da Saúde. Só que antigamente, como hoje a gente tem uma quantidade de desempregados muito grandes e também pessoas que atuam no trabalho informal e que não contribuíram para a presidência e que portanto não tinha direito à Previdência, sem nenhum tipo de atendimento e era nesse tempo que tinha as santas casas e as beneficências portuguesas (informação verbal).

Os registros de memória de Regina Barroso nos informaram que os/as trabalhadores/as da saúde de todo o país acompanharam as mudanças que aconteciam no setor a partir da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi quando o SUS ganhou forma tendo a oferta de saúde como um dever do Estado. Ela explicitou esse processo da seguinte forma:

E aí você tinha a secretaria de saúde. Esse tempo não tinha secretarias municipais, que foram criadas com o advento do SUS. A Secretaria Municipal de Saúde da qual nós que fazemos a parte de saúde, do olhar da saúde, não só sobre a ótica da doença, né? Então quando teve a epidemia de Cólera aqui no Pará, que a referência era o Barros Barreto. Não morreu ninguém de Cólera aqui no Barros Barreto, ninguém, porque a gente chegava antes pegávamos e descemos o Rio Amazonas todo distribuindo água sanitária, não, hipoclorito, e fazendo toda uma educação e desde essa época o Barros Barreto. Agora você imagina só o que é pegar uma epidemia de Cólera e adaptar. Você não tem as camas, tinha que fazer um buraco no meio das camas para pessoa ficar deitada lá porque ela tinha porque era constante a evacuação. Então essa era a era o panorama da Saúde. Com a reforma sanitária e depois também com a Constituição de 88 nós tivemos em uma conferência. O tema foi “Saúde o dever do Estado e um direito de todos”. E foi uma conferência, uma preparação para implantação de um sistema único de saúde. E aí começou a fazer depois da conferência, se começou a fazer assim um preparo para isso porque você tinha profissionais do Ministério da Saúde que eram que eram do INAMPS, e você tinha os profissionais das secretarias estaduais. Então, nesse intervalo, criou-se então um outro processo que foi chamado SUDS, ele veio antes do SUS, que era o Sistema Único Descentralizado de Saúde. Eu fico pensando que é um carma meu porque eu vivi o SUDS e eu vivi e agora eu vejo a mesma coisa entre a mesma confusão do sistema universitário e a universidade, por que são regimes diferentes e que também tem regimes trabalhistas diferentes. Então, e isso também me dá um pouco de experiência nesse sentido, de fazer essa transição e essa parceria com as pessoas. Aí então depois da Constituição de 1988, veio o SUS e quando vem o SUS veio toda aquela todas as normas e legislações, inclusive na parte do financiamento, não é? (informação verbal).

Inserindo as memórias individuais a partir das vivências que teve durante esse extenso processo histórico, a Dr.^a Regina Barroso contou-nos que o seu ingresso no HUIBB ocorreu durante a segunda gestão da diretora Elisa Sá.

Regina: Bem antes de eu entrar para Universidade eu era funcionária da Secretaria de Estado de Saúde. Tinha a Elisa Sá. Então lá a gente trabalhava com uma equipe muito boa e quando ainda não se falava dessa parte da inserção do feminino dentro da gestão que basicamente era toda feita por homens. A gente fez um grupo e eu logicamente eu era mais nova então aproveitei para aprender (informação verbal).

Ao seguinte questionamento feito na entrevista: “A senhora lembra por volta de que ano era isso?” A Dr.^a Regina Barroso respondeu da seguinte forma: “Olha nos anos 1970, 1980 [Elisa Sá] vai vir como secretária de saúde nos anos 1980. E aí depois ela voltou para ser diretora do hospital”. Ao passo que ela, a Dr.^a Regina: “[eu] era coordenadora de mestrado interinstitucional, era diretora da faculdade, que naquele tempo não tinha a figura do diretor da faculdade, mas de coordenador de curso”. E, acrescentou:

E aí, então, eu peguei um curso muito prejudicado. Dizendo que ia fechar. Tinha 15 cursos da Universidade que estavam nessa situação e aí o antigo reitor, que era o seu Cristóvão, não sei porque mandou me chamar e perguntou se eu queria ajudar no sentido de a gente revigorar o curso, eu fiz assim e aí de repente a gente fez um trabalho muito bom, um curso que em um ano ele “tava” com a Nota 2. No outro ano eu continuei fazendo o trabalho depois que Cristóvão Diniz saiu, o Alex Fiúza entrou e aí fiquei no curso. Quando foi um dia, ele mandou me chamar, me perguntou se eu queria fazer parte da gestão, eu disse: “depende”. Ele disse: “Eu queria que você viesse para a Reitoria de Extensão. Eu disse: “Bom, se for para Reitoria de Extensão eu aceito”. E foi assim (informação verbal).

A Dr.^a Regina Feio Barroso, depois da sua indicação à Reitoria de Extensão da UFPA, destacou:

O reitor Alex Fiúza começou a me colocar e não tinha uma equipe dele que fosse da área da saúde, diferente do professor Cristóvão que tinha, àquela altura, a professora Zuza Klautau, responsável pela área de saúde. E aí eu fiquei esses anos quando chegou dentro de um período de eleição, o professor Alex se candidatou e ele então me colocou para concorrer a Reitor (informação verbal).

De acordo com ela, a partir daí, ele lhe deu uma missão que era coordenar a área da saúde ao nível de Extensão Universitária, uma vez que a área da saúde no Departamento de Ciências da Saúde era toda coordenada por ela através de um fórum. E, dessa forma, ela estabeleceu um fórum de saúde no Departamento de Ciências da Saúde. E, pontuou:

Aquele tempo era departamento. Porque eu acho que o hospital deve estar no fórum, não pode estar dissociado do Instituto porque os hospitais são cenários de prática, são locais de formação e aí eu comecei então, mais amíúde, tanto no Barros Barreto quanto no Betina Ferro. Aí eu comecei a ver como é que funcionava e tal e quando chegou depois o professor Alex saiu e eu me candidatei à Reitoria O professor Maneschy foi vitorioso (informação verbal).

Após a vitória do Dr. Carlos Edilson de Almeida Maneschy nas eleições para a Reitoria da UFPA, a Dr.^a Regina Feio Barroso narrou que paralisou suas atividades do

hospital. E, ela acrescentou que, passados muitos anos, “depois de aposentada, tem um convite do professor, sendo que ele tinha reunido algumas pessoas para ouvir algumas pessoas de lá do Barros Barreto”.

Também, reuni com as pessoas e eles disseram que colocar o meu nome e foi assim que eu, de novo, voltei, né? Mas, assim durante toda a minha vida como eu me dediquei, aí depois eu aposentei na Secretaria de Saúde, eu fiquei só na universidade e me dediquei ao ensino, totalmente ao ensino pesquisa e extensão (informação verbal).

A Dr.^a Regina explicou que a formação dela deu-se em Odontologia e naquela época todos os cursos eram considerados especialização. Somente a partir de 1972 que começaram as residências na área na cidade de São Paulo, o que, de acordo com ela, foi uma época muito difícil porque:

Só podia sair para fazer esses cursos aqueles que tinham recursos, o Estado, as cidades, a Universidade como todo não ofertavam, tanto que os dois cursos um curso de especialização em saúde pública que eu fiz foi um convênio com o Governo do Estado, com a finalidade de formar gestores (informação verbal).

No decorrer da entrevista, a Dr.^a Regina destacou que antes do seu ingresso na UFPA ela havia sido servidora da SESPA, o que, de acordo com ela, os estudos que realizou neste departamento na década de 1980, a respeito da epidemia de HIV/AIDS foram muito interessantes, tanto que fez questão de ver quando foi à Holanda. Em seguida, ela pontuou:

Fiz questão de ir ao museu Van Gogh porque se pegou uma pintura do Van Gogh chamada Catre, uma cama sem ninguém dentro de um quarto e a gente começava a trabalhar em cima disso, a gente mandou construir, a gente tinha uma relação muito grande com a Associação das Prostitutas que era a Dona Lourdes Bezerra (informação verbal).

De acordo com a Dr.^a Regina, nesse tempo não havia secretarias municipais de saúde, pois, elas foram criadas com o advento do Sistema Único de Saúde através da sanção da Lei Orgânica da Saúde (1990), o que, segundo ela, sistematizou as organizações do sistema de saúde no Brasil, descentralizando as responsabilidades dos entes federativos no tocante à gestão e aplicação dos recursos na conjuntura de crise de saúde pública vivida na cidade de Belém, por ocasião de epidemia de cólera entre os anos de 1990 e 1991.

A Secretaria Municipal de Saúde da qual nós que fazemos a parte de saúde, do olhar da saúde, não só sobre a ótica da doença, né? Então quando teve a epidemia de Cólera aqui no Pará, a referência era o Barros Barreto. Não morreu ninguém de Cólera aqui no Barros Barreto, ninguém, porque a gente chegava antes pegávamos e descemos o Rio Amazonas todo distribuindo água sanitária, não, hipoclorito, e fazendo toda uma educação e desde essa época o Barros Barreto. Agora você imagina só o que é pegar uma epidemia de Cólera e adaptar. Você não tem as camas, tinha que fazer um buraco no meio das camas para pessoa ficar deitada lá porque ela tinha, porque era constante a evacuação. Então esse era o panorama da Saúde (informação verbal).

Reiteramos que os registros de memória da Dr.^a Regina coincidiram nos princípios basilares da reestruturação do sistema público de saúde no Brasil, os quais já anteriormente explicados por ela, remontavam à Reforma Sanitária de 1970, e novamente, segundo ela, “depois também com a Constituição de 88, nós tivemos em uma conferência. O tema foi ‘Saúde, o dever do Estado e um direito de todos’”. E, acrescentou:

E foi uma conferência, uma preparação para implantação de um sistema único de saúde. E aí começou a fazer depois da conferência, se começou a fazer assim um preparo para isso porque você tinha profissionais do Ministério da Saúde que eram do Inamps, e você tinha os profissionais das secretarias estaduais. Então, nesse intervalo, criou-se então um outro processo que foi chamado SUDS, ele veio antes do SUS, que era o Sistema Único Descentralizado de Saúde. Eu fico pensando que é um carma meu, porque eu vivi o SUDS e eu vivi e agora eu vejo a mesma coisa entre a mesma confusão do sistema universitário e a universidade, porque são regimes diferentes e que também têm regimes trabalhistas diferentes. Então, e isso também me dá um pouco de experiência nesse sentido, de fazer essa transição e essa parceria com as pessoas. Aí então depois da Constituição de 1988, veio o SUS e quando vem o SUS veio toda aquela, todas as normas e legislações, inclusive na parte do financiamento, não é? (informação verbal).

Destacou-se o testemunho fruto das memórias laborativas da Dr.^a Regina Feio Barroso sobre as ações de saúde executadas pela equipe multiprofissional do Hospital Universitário João de Barros Barreto durante a epidemia de cólera na cidade de Belém:

Também para fazer esse tipo de atendimento. E aí você tinha a Secretaria de Saúde. Esse tempo não tinha secretarias municipais, que foram criadas com o advento do SUS. A Secretaria Municipal de Saúde da qual nós que fazemos a parte de saúde, do olhar da saúde, não só sobre a ótica da doença, né? Então quando teve a epidemia de Cólera aqui no Pará, que a referência era o Barros Barreto. Não morreu ninguém de Cólera aqui no Barros Barreto, ninguém, porque a gente chegava antes pegávamos e descemos o Rio Amazonas todo distribuindo água sanitária, não, hipoclorito, e fazendo toda uma educação e desde essa época o Barros Barreto. Agora você imagina só o que é pegar uma epidemia de Cólera e adaptar. Você não tem as camas, tinha que fazer um buraco no meio das camas para pessoa ficar deitada lá porque ela tinha, porque era constante a evacuação. Então essa era a era o panorama da Saúde (informação verbal).

As memórias laborativas da Dr.^a Regina nos deram o testemunho acerca dos caminhos tomados pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto no combate à disseminação da cólera, que consistiu na adoção das estratégias de prevenção, uma vez que o agente etiológico da cólera já era conhecido pela literatura epidemiológica na instituição, e os estudos científicos haviam sido realizados desde a época do Centro de Estudos do Sanatório Barros Barreto. Assim, as memórias laborativas da Dr.^a Regina deram-nos o entendimento de que foi através do tratamento das águas, com a utilização do hipoclorito, que a disseminação da doença pôde ser menor. Essas ações de saúde baseadas na prevenção foram reafirmadas por Beltrão, que assinalou que o número de vítimas era crescente, e embora os enfermos se

recuperassem rapidamente, muitas vezes relutavam em deixar o HUIBB devido à retaguarda assistencial dada pelo hospital aos pacientes internados.

Beltrão (2004) coordenou um programa com trabalhos referentes à análise social da cólera, tendo nos dados sociais referentes à doença, a fonte de alimentação para a compreensão acerca do comportamento dos enfermos, dos familiares dos enfermos, da comunidade ao seu entorno, como forma de orientação para as equipes multiprofissionais do Hospital na execução das ações de saúde. A autora reafirmou que nenhum dos pacientes atendidos no HUIBB apresentou um conjunto de sintomas tão aterrador. Assim, a epidemia de cólera de 1991, em que pese o descaso das autoridades, não teve a mesma repercussão da epidemia de 1855, embora o Estado do Pará estivesse sitiado pela escassez de recursos financeiros.

Apresentou-se aqui o processo de institucionalização de um hospital universitário, que em sua trajetória passou a ter relações com o ensino e extensão na área da saúde na região amazônica, que buscou notar os aspectos socialmente expressivos da história desta instituição. Em maior amplitude, as reflexões desta dissertação corresponderam à reconstrução da história das organizações de saúde na Amazônia, da história do trabalho hospitalar no Brasil republicano.

Nesse sentido, visualizou-se aqui o trabalho hospitalar desses atores no campo das ciências médicas e ciências da saúde em escala global. Consistiu em um esforço na direção de construir-se uma interpretação na perspectiva da história da transformação do Sanatório Barros Barreto na instituição de saúde HUIBB, a partir da interface entre a história oral, a história institucional e as memórias do trabalho, tendo como contexto histórico a instauração do regime civil-militar e a passagem deste para o regime democrático, período que trouxe o lançamento dos pilares atuais do SUS, considerado, por diversos órgãos mundiais de saúde, a organização de sistema de saúde pública mais eficiente e eficaz ao nível da sua cobertura assistencial até os dias de hoje.

5 CONSIDERAÇÕES FINAS

Nesta dissertação, procurei apresentar uma leitura do processo histórico de fundação e institucionalização do Sanatório Barros Barreto entre as décadas de 1950 e 1960, e progressivamente sua readaptação e transformação em HU na transição da década de 1980 para 1990, ligado à UFPA. O elemento fundamental que constituiu a problematização construída para a pesquisa histórica ao nível de mestrado acadêmico, relacionou-se à importância da história institucional e à história do trabalho hospitalar no HJBB para a sociedade paraense e para as populações da região Norte do Brasil. No que se referiu às formas de atuação do hospital na prestação dos serviços médico-hospitalar, no ensino acadêmico, na pesquisa científica e nas atividades de extensão à sociedade do entorno, evidenciou-se que elas ampliaram-se na medida em que o hospital tornou-se hospital universitário no ano de 1990, pois seu perfil institucional inseriu-se nas importantes organizações de saúde do país, passando a desempenhar posição de destaque no desenvolvimento do ensino e de pesquisas dentre as instituições com este caráter no Brasil.

O tema desta dissertação correspondeu a um estudo sobre o processo de instauração e institucionalização de um hospital universitário, que ao longo de sua trajetória institucional na assistência médica e hospitalar passou, progressivamente, a manter relações com o ensino acadêmico na área da saúde na região, com a pesquisa científica das patologias endêmicas na região amazônica, em cooperação com o IEC e Fiocruz. Em menor escala, o tema correspondeu a um estudo sobre a história institucional e história do trabalho hospitalar na Amazônia paraense, fazendo parte, em escala maior, da história institucional do trabalho em saúde e da história das organizações de saúde no Brasil republicano. Em termos de historiografia internacional, o tema relacionou-se à história da medicina e história das práticas de cura no século XX.

A abordagem da temática foi realizada através da perspectiva teórica da história institucional em suas interligações com a história do trabalho hospitalar, isto é, tratou-se de um estudo de caráter histórico e historiográfico, que primou pelo uso dos registros empíricos advindos da memória do trabalho dos agentes históricos que puderam vivenciar ao longo de suas trajetórias profissionais. Em que pese, grande parte delas foi vivenciada nas rotinas laborais na instituição de saúde ao longo de suas quatro fases ou caracterizações: Sanatório Barros Barreto (1957-1976); durante a fase de HBB (1976-1983); durante o HJBB (1983-

1990); e, mais recentemente, depois de sua contratualização como o HUIBB (1990-atualidade).

No caso desta dissertação de mestrado, estes agentes históricos estiveram delimitados como: os trabalhadores dirigentes, categoria que compreendeu os diretores/as e ex-dirigentes do Hospital; e os trabalhadores operacionais, categoria que compreendeu médico e bibliotecária. Essa categoria delimitada de profissionais compôs o perfil de trabalhadores/as que, através de suas trajetórias profissionais, escreveram a história do trabalho hospitalar no HUIBB.

Através de seus registros de memória, assim como dos textos advindos das fontes hemerográficas, foi realizado o diálogo/confronto destes com os estudos historiográficos regionais, nacionais e internacionais sobre a história da saúde, corpo, práticas de cura e história das instituições, de modo a possibilitar interpretar a história das instituições, nesse caso, do HUIBB. Os desdobramentos disso estiveram descritos no segundo capítulo, que teve por finalidade apresentar as discussões de aspecto teórico-metodológico sobre o tema da história institucional, história do trabalho hospitalar, apresentando os conceitos de cultura histórica e experiência. A segunda parte do capítulo traçou apontamentos históricos acerca da instituição hospital e, progressivamente, tratou do hospital de ensino e hospital universitário, com as justificativas de sua criação e função social.

O terceiro capítulo apresentou o processo histórico da criação e a formação institucional do Sanatório Barros Barreto, a partir do diálogo entre as fontes hemerográficas e os relatos da oralidade que lidaram com a questão da formação das políticas de saúde no Brasil, através da implementação das políticas sanitárias advindas dos grandes projetos de saneamento e desenvolvimento econômico e social entre 1930 e 1960. No quarto capítulo, as interpretações voltaram-se para a análise e se detêm nos intercâmbios entre as políticas de saúde dos anos de 1976 a 1991 e seus impactos sobre as relações de trabalho efetivadas no antes HBB, depois HUIBB, e, por fim, no HUIBB, a instituição de saúde vinculada à UFPA e certificada como HU pelo MEC.

Em suma, a proposta de dissertação foi desenvolvida sobre as perspectivas da inovação em saúde implantadas no campo médico local, através da institucionalização do hospital de ensino na região amazônica. Assim, foi visualizada a construção das relações, a produção da memória do trabalho no HUIBB, bem como os agentes sociais que, através dos seus trabalhos, inscreveram os seus nomes na história do trabalho em saúde no Brasil republicano.

FONTES

Fontes impressas

Jornais

Hemeroteca Digital da Biblioteca Nacional.

90 FUNCIONÁRIOS do Barros Barreto serão demitidos. **O Liberal**, Belém, ano 43, n. 22.201, p. 2, 31 jan. 1989.

NOTAS médicas. **Correio da manhã**, Rio de Janeiro, ano. 56, n. 19.528, p. 12, 21 nov. 1956. 1. Caderno.

Acervo institucional da Universidade Federal do Pará

SANTA CASA: discussão polêmica sobre o ensino. **Beira do Rio**, órgão informativo da Universidade Federal do Pará, ano 3, n. 12, p. 6-7, abr./ maio, 1987.

Acervo interno do Hospital Universitário João de Barros Barreto

Recortes de jornais

ALMEIDA, Machado diz que malária está controlada. **O Liberal**, Belém, 23 mar. 1977. 1º Caderno, p. 5.

ALMEIDA, Machado evita audiências no aeroporto. **O Liberal**, Belém, quarta-feira, 23 de março de 1977. 1º Caderno, p. 5.

O HOSPITAL Barros Barreto transforma-se em Hospital Geral. **A Província do Pará**, Belém, ano 100, n. 25.399, p. 7, 23 mar. 1977.

NORTE ainda com maior índice de tuberculose. **A Província do Pará**, Belém, ano 100, n. 25.399, p. 1, 23 mar. 1977.

O NOVO Barros Barreto. **Estado do Pará**, Belém, ano 66, n. 16.016, p. 1, 23 mar. 1977.

SANATÓRIO será transformado em hospital regional integrado. **O Liberal**, Belém, 2 jun. 1976. 1º Caderno, p. 12.

Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos/ Hospital Universitário João de Barros Barreto

Documentos institucionais

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Tuberculose. Hospital Barros Barreto: Histórico do Hospital. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1976.

Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, p. 3.

BRASIL, Relatório de Controle de Doenças Tropicais do Hospital Barros Barretos. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1976. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, pp.1; 2; 3; 4.

BRASIL, Proposta de Integração Ensino-Serviço-Pesquisa. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1990. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, p. 1-5.

BRASIL, Relatório Situação Proposta: a Integração Ensino-Serviço-Pesquisa. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1990. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, p. 1-9.

BRASIL, Quadro demonstrativo de recursos humanos do Hospital João de Barros Barreto. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1990. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, fl. 1.

BRASIL, Relatório n. 76 da Construção do Sanatório de Belém Série: **Relatório da Construção do Sanatório de Belém nº76, Obra 020-01, Engenheiro Encarregado J. A. Oscar Schwegler**. Arquivo: Acervo administrativo do Hospital Universitário João de Barros Barreto, 12 fl.

BRASIL, Ministério da Educação; Universidade Federal do Pará; Hospital João de Barros Barreto Proposta de Integração Ensino-Pesquisa-Extensão. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, Belém, Pará, agosto, 1990. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, p. 1-2.

BRASIL, Programação-Orçamentação do Hospital João de Barros Barreto. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1990. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, p.1-3.

BRASIL, A Situação Atual do Hospital João de Barros Barreto. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1990. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, p. 12.

BRASIL, Lotação de Pessoal. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1990. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, p. 5.

BRASIL, Capacidade de Absorção do Alunado no HJBB. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1990. Arquivo:

Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, p. 15.

BRASIL, Programação das Atividades. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**, 1990. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, p. 1-5.

BRASIL, **História do HUIBB**. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, 1990, p. 1-15.

BRASIL, Ofício remetido ao Exmo. Sr. Ministro da Saúde pela Comissão Interinstitucional de Saúde do Hospital João de Barros Barreto, Belém, 16 de agosto de 1990. *In*: Seção I. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, 1990, fl.1.

Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos / Hospital Universitário João de Barros Barreto

Atos do Poder Executivo: Legislações, Decretos, Portarias e Regimento Interno

BRASIL, Portaria nº 249/Bsb de 12 de julho de 1976. Institui a denominação Hospital Barros Barreto ao Sanatório de Tuberculose. **Diário Oficial**: seção 01, Brasília, DF, ano 121, n.136.

BRASIL, Portaria nº 337 de 01 de novembro de 1983. Institui a denominação Hospital João de Barros Barreto. **Diário Oficial** da União: seção 01, Brasília, DF, ano 121, n. 20428.

BRASIL, Portaria Interministerial nº 653, de 16 de julho de 1990. Viabiliza estudos visando a transferência do Hospital João de Barros Barreto para a Universidade Federal do Pará. **Diário Oficial da União**: seção 01, Brasília, DF, ano 128, s/n.

BRASIL, Extrato do Termo de Cessão de Uso de 01 de outubro de 1990. Institui acordo entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação sobre o uso do Hospital João de Barros Barreto pela Universidade Federal do Pará. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 128, n. 29.518.

BRASIL, Ministério da Saúde; Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária; Hospital João de Barros Barreto. **REGIMENTO INTERNO**. Belém, Pará: Departamento de Atividades Auxiliares, 1990.

Fontes Orais

BARROSO, Regina Fátima Feio. **Entrevista concedida a Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento**. Belém, Pará, 17 fev. 2022. [A entrevista encontra-se transcrita no Anexo A desta dissertação].

CARVALHO, Vera Lúcia dos Santos. **Entrevista concedida a Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento**. Belém, Pará, 11 mai. 2023. [A entrevista encontra-se transcrita no Anexo D desta dissertação].

MIRANDA, Aristóteles Guilliod de. **Entrevista concedida a Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento**. Belém, Pará, 24 jul. 2022 [A entrevista encontra-se transcrita no Anexo C desta dissertação].

OLIVEIRA, Antônio Anselmo Bentes de Oliveira. **Entrevista concedida a Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento**. Belém, Pará, 11 mar. 2022. [A entrevista encontra-se transcrita no Anexo B desta dissertação].

Fotografias

A ALA leste-sul concluídas. *In*: MIRANDA, Cybelle; LEAL, Larissa. Sanatório Barros Barreto (Belém-PA): arquitetura como testemunho científico. **Rev. CPC**, São Paulo, n. 29, p. 124-150, jan./jul. 2020, p. 134.

COM a presença do ministro Paulo de Almeida Machado, o “Barros Barreto” passou a hospital geral. *In*: BRASIL, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Acervo institucional. Série: Recortes de Jornais sobre o HUIBB, jornal **A Província do Pará**, Belém, quarta-feira, 23 de março de 1977, n. 25.399, ano 100, p. 1.

DISTRIBUIÇÃO das Delegacias Federais de Saúde em 1937. *In*: ANDRADE, Rômulo de Paula. **A Amazônia vai ressurgir!** Saúde e Saneamento na Amazônia no primeiro Governo Vargas (1930-1945) 2007 190 fl. Dissertação (Mestrado em História das Ciências), Programa de Pós-Graduação em História e Ciências da Saúde Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007, p.85.

DROGA Antibacteriana Estreptomicina. *In*: **Farmacía Informativa**, outubro, 8, 2018. Disponível em: <https://farmaciainformativa.com/estreptomicina/>. Acesso em: 24 maio, 2023.

A ESTRUTURA arquitetural monobloco do Sanatório Barros Barreto em 1973. *In*: MIRANDA, Cybelle; LEAL, Larissa. Sanatório Barros Barreto (Belém-PA): arquitetura como testemunho científico. **Rev. CPC**, São Paulo, n. 29, p. 124-150, jan./jul. 2020, p.139.

O GOVERNADOR Aloysio Chaves, o diretor do “Barros Barreto” Almir Gabriel e o ministro Almeida Machado. *In*: BRASIL, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Acervo institucional. Série: Recortes de Jornais sobre o HUIBB, **jornal Estado do Pará**, Belém, quarta-feira, 23 de março de 1977. Caderno 1, p. 9.

HENRIQUE, Márcio Couto. Escravos no purgatório: o leprosário do Tucunduba (Pará, século XIX). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, p.153-177, dez. 2012. supl.

HOSPITAL Regional de Base reconstruído em 1977. *In*: BRASIL, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Acervo institucional. Série: Recortes de Jornais sobre o HUIBB, jornal **Estado do Pará**, Caderno Um, Belém, quarta-feira, 23 de março de 1977, p. 9.

O HOSPITAL João de Barros Barreto em 1989. *In*: BRASIL, Biblioteca Nacional; NEVES, Neldson. **O Liberal**, Belém, terça-feira, 23 de maio de 1989, número 22.313, ano 43, p. 20.

O HOSPITAL de Isolamento Domingos Freire. *In*: COSTA, Livia Gaby. **Sanatório Domingos Freire**: memória da exclusão e a criação de novos espaços urbanos na 1ª Léguas de Belém. 2019 157 f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), Instituto de Tecnologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019, p. 74.

O HOSPITAL-ESCOLA da Santa Casa de Misericórdia em ruínas em 1987. *In*: BRASIL, Ministério da Educação; Universidade Federal do Pará. **Beira do Rio**, número 12, ano 3, abril/maio, p. 6.

O HOSPITAL São Sebastião. *In*: COSTA, Livia Gaby. **Sanatório Domingos Freire**: memória da exclusão e a criação de novos espaços urbanos na 1ª Léguas de Belém. 2019 157 fl. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), Instituto de Tecnologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019, p. 61.

O HOSPITAL São Roque. *In*: COSTA, Livia Gaby. **Sanatório Domingos Freire**: memória da exclusão e a criação de novos espaços urbanos na 1ª Léguas de Belém. 2019. 157 fl. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), Instituto de Tecnologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019, p. 62.

INAUGURAÇÃO do Sanatório Barros Barreto pelo presidente JK em 1957. *In*: Noticiário. Série: **Livro de Registros Históricos do Hospital Universitário João de Barros Barreto**. Arquivo: Biblioteca Dr. Alexandre Barros dos Santos, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Universidade Federal do Pará, 1957, fl. 1.

JOÃO de Barros Barreto Filho em 1930. *In*: **Acervo Memorial do HUIBB**; Nascimento, Marcos R. da C., 2022.

JOÃO de Barros Barreto Filho em 1950. *In*: Academia Nacional de Medicina. Disponível em: https://www.anm.org.br/joao-de-barros-barreto-filho/?2023-04-13_020103_7502.pdf. Acesso em 7 abr. 2020.

J.K e a Comissão Organizadora do IX Congresso Nacional de Tuberculose. *In*: BRASIL, Biblioteca Nacional. **Correio da Manhã**. Rio de Janeiro, quarta-feira, 21 de novembro de 1956, n. 19.528, ano 56, p. 12. Acesso em: 12 jan. 2020.

OBRAS do Sanatório Barros Barreto paralisadas até o ano 1948. *In*: BRASIL, **Fundação Gustavo Capanema, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Fundação Getúlio Vargas**. Disponível em: <https://brasilianafotografica.bn.gov.br/?tag=gustavo-capanema>. Acesso em: 22 jan. 2022.

PARTE correspondente à área leste-sul em junho de 1973, com as obras não finalizadas. *In*: MIRANDA, Cybelle; LEAL, Larissa. Sanatório Barros Barreto (Belém-PA): arquitetura como testemunho científico. **Rev. CPC**, São Paulo, n. 29, p. 124-150, jan./jul. 2020. p. 133.

PLACA de inauguração do Sanatório Barros Barreto em 1957. *In*: **Acervo memorial do HUIBB**; NASCIMENTO, Marcos R. da C., 2020.

PLACA de reinauguração do HBB após a reconstrução de 1977. *In*: **Acervo Memorial HUIBB**; NASCIMENTO, Marcos R. da C., 2020.

PLANEJAMENTO arquitetural do Sanatório de Tuberculose de Belém. *In*: JUNIOR, José Maria de Castro Abreu; MIRANDA, Aristóteles Guilliod de. **Instituições e Personagens**: histórias da Medicina no Pará.. Belém: Paka-Tatu, 2019. p. 165.

TRABALHO de Almir Gabriel à frente do “Barros Barreto” foi elogiado (1971-1976). *In*: BRASIL, Hospital Universitário João de Barros Barreto, Acervo institucional. Série: Recortes de Jornais sobre o HUIBB, jornal **Estado do Pará**, Belém, quinta-feira, 23 mar. 1977. Caderno Um, p. 1.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Alzira Alves de. Plano Nacional de Desenvolvimento – PND. *In: Fundação Getúlio Vargas; centro de pesquisa e documentação em história contemporânea do Brasil* (org.). Dicionário temático [online], Rio de Janeiro [entre 2001 e 2020]. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/plano-nacional-de-desenvolvimento-pnd>. Acesso em: 4 mar. 2021.
- AFONSO, Luís Eduardo. **Um estudo dos aspectos distributivo da previdência social no Brasil**. São Paulo: FEA; USP, 2003.
- ALBERTI, Verena. Histórias dentro da história. *In: PINSKY, Carla Bassanezi. (org.). Fontes históricas*. São Paulo: Contexto, 2005. p. 155-202.
- ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia sem números**: uma introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- Almeida Machado evita audiências no aeroporto, 1977, p. 5
- ANDRADE, Rômulo de Paula. **A Amazônia vai ressurgir!** Saúde e saneamento na Amazônia no primeiro Governo Vargas (1930-1945). 2007 190 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências), Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- ANTUNES, José Leopoldo Ferreira; WALDMAN, Eliseu Alves; MORAES, Mirtes de. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n.2, p.367-379, 2000.
- ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, ciências, saúde - manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p.1261-1281, out./dez. 2014.
- AUGUSTO, Isabel T. C. **Zonas de penumbra**: a ilha de Caratateua e a hospedaria de imigrantes do Outeiro (Pará, século XIX). 2022. 178 f. Doutorado (História), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2022.
- BACELLAR, Carlos. Uso e mau uso dos arquivos. *In: PINSKY, Carla Bassanezi. (org.). Fontes históricas*. São Paulo: Contexto, 2005. p. 23-80.
- BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz Mendes; BITTAR, Olímpio J. Nogueira V. Bittar. Hospitais de ensino e o Sistema Único de saúde. **RAS**, v. 12, n. 46, p. 1-8, jan./ mar, 2010.
- BARROS, José Costa D'Assunção. A Escola dos Annales: considerações sobre a História do Movimento. **Revista História em Reflexão**. Dourados, UFGD, v. 4, n. 8, p. 01-30, jul./dez. 2010.
- BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo Perspec.** [online], São Paulo, v.18, n. 3, jul./set. 2004.

BAPTISTA, Tatiana W. F. **O direito à saúde no Brasil**: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.) Textos de apoio em Políticas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BATISTA, Iane Maria da Silva. **A natureza nos planos de desenvolvimento da Amazônia (1955-1985)**. 2016. 368 f. Tese (Doutorado História Social da Amazônia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará. Belém, 2016.

BECKER, Berta. Geopolítica da Amazônia. **ESTUDOS AVANÇADOS**, v. 19, n. 53, p. 71-87, 2005.

BELTRÃO, Jane. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará**. Belém: Museu Paraense Emílio Goeldi; Universidade Federal do Pará, 2004.

BENCHIMOL, Samuel. Amazônia: planetarização e moratória ecológica. São Paulo: CERED, 1989. Resenha de: ARAGÃO, Mario B. Amazônia e Sucam. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, v. 6, n. 1, p. 94-96, jan./mar. 1990.

BLOCH, Marc. **Apologia da história ou o ofício do historiador**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BOJUNGA, Claudio. **JK**: o artista do impossível. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

BORBA, Letícia de Oliveira *et al.* Tratamento no modelo hospitalocêntrico: percepções de familiares e portadores de transtorno mental. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, [S.I.], v. 23, n. 1, p. 88-94, mar. 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4689/18130>. Acesso em: 2 abr. 2021. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.4689>.

BURKE, Peter. **A escrita da história**: novas perspectivas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992.

BURKE, Peter. **A escola dos annales**: a Revolução Francesa na historiografia 1929-1989. São Paulo: UNESP, 2010.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU. **As coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

BRASIL, [Constituição. (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. 35. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012. 454 p.

BRASIL. Ministério da Educação. **Hospitais universitários**. Brasília: DF, 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&> Acesso: 11 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1965.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Educação. Histórico e Estrutura. **UFPA. Universidade Federal do Pará**, [online], Belém, [2017]. Disponível em: <https://portal.ufpa.br/index.php/universidade#:~:text=Hist%C3%B3rico%20e%20Estrutura,cinco%20anos%20de%20tramita%C3%A7%C3%A3o%20legislativa>. Acesso em: 12 mar. 2021.

BRASIL, Fundação Getúlio Vargas; Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea. **Dicionário histórico-biográfico brasileiro, pós-1930**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 1262 p.

BRESCIANI, Maria Stella M. Metrôpoles: as faces de um monstro urbano (as cidades no século XIX). **Revista Brasileira de História**, Rio de Janeiro: Edições ANPUH; Marco Zero, v. 5, n. 8-9, set. 1984. abr.1985.

BRESCIANI, Maria Stella M. **Londres e Paris no século XIX**. O espetáculo da pobreza. 5. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

BURKE, Peter (org.). **A Escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo: Editora UNESP, 1992.

CALDAS, J. A. L. **Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização**. Associação Profissional dos docentes da UFMG, 1999.

CARLOS, Djailson José Delgado; GERMANO, Raimunda Medeiros; PADILHA, Maria Itayra. História e memória do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal (1909-2002). **Revista Brasileira de História da Enfermagem**, [S.I], v. 4, n. 1, p. 38-57, 2013.

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

CARMO, Maria do *et. al.* Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **REME – Rev. Min. Enf.**, [S.I], v. 11, n. 4, p. 387-394, out./dez. 2007.

CATÃO, Marconi do Ó. **Genealogia do direito à saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

CASTRO, Hebe. História social. *In*: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo (org.). **Domínios da história**. Ensaios de teoria e metodologia. São Paulo: Campus, 2000.

CAXIAS, Mariana Cristina Luiz; SILVA, Hudson Pacífico. Benefícios para alguns, prejuízos para muitos: razões e implicações da adoção da dupla porta de entrada em hospitais universitários. **Saúde e Sociedade**, [S.I], v. 25, n. 3, p. 808-820, jul./set. 2016.

CERQUEIRA, Sebastião Ailton da Rosa. **Estudo da função extensionista e assistencial do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina na percepção da atual direção**. 1996. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1996.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHIORO, Arthur *et al.* A política de contratualização dos hospitais de ensino: o que mudou na prática? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 11, p. 5691-5700, 2021.

CLEMENTE, B. T. **Cronologia histórica dos hospitais universitários**. Salvador: UFBA, 1998.

CORREIA, Milka Alves. Institucionalização e legitimidade: o caso do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes – HUPAA. *In: ENAPG*, 30, 22 a 24 de novembro de 2006, São Paulo/SP. **Anais do Encontro de Administração Pública e Governança**, [S.I.], 2007, p. 1-16.

COSTA, Magda Nazaré Pereira. **Caridade e saúde pública em tempos de epidemias: Belém, 1850-1890**. 2006. 108 f. Dissertação (Mestrado em História) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém. 2006.

COSTA, Renato Gama-Rosa. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 53-66, dez. 2011. supl. 1.

COSTA, Livia Gaby. **Sanatório Domingos Freire: memória da exclusão e a criação de novos espaços urbanos na 1ª légua de Belém**. 2019. 157 l. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), Instituto de Tecnologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

COSTEIRA, Elza Maria Alves. Arquitetura hospitalar: história, evolução e novas visões. **Revista Sustinere**, [S.I.], v. 1, n. 02, p. 57-64, dez. 2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/14127>. Acesso em: 14 mar. 2021.

CUETO, Marcos. O valor da saúde: história da organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007, 241 p. Resenha de: NUNES, Eduardo Silveira Netto. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 28, n. 56, p.597-602, 2008.

DEAN, Warren. **A luta pela borracha no Brasil: um estudo de história ecológica**. São Paulo: Studio Nobel, 1989.

D'ARAÚJO, M. C.; JOFFILY, M. Os dias seguintes ao golpe de 1964 e a construção da ditadura (1964-1968). *In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida (org.). O tempo do regime autoritário: ditadura militar e redemocratização Quarta República (1964-1985)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019 p. 14-59.

DOSSE, François. História do tempo presente e historiografia. **Tempo e argumento**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 5-22, jan./jul. 2012. DOI: 10.5965/2175180304012012005.

FARMACIAINFORMATIVA. Disponível em:

<https://farmaciainformativa.com/estreptomicina>. Acesso em: 24 maio, 2023.

FARO, Clovis de; SILVA, Salomão L. Quadros da. A década de 50 e o programa de metas. *In: GOMES, Angela de Castro et al. O Brasil de JK*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1991. p. 44-70.

FÁVERO, Maria de L. de A. A Universidade no Brasil: das origens à reforma universitária de 1968. *Educar*, Curitiba, n. 28, p. 17-36, 2006.

FENELON, Déa Ribeiro. E. P. Thompson: história e política. *História e Perspectivas*, Uberlândia, n. 1, p. 33-53, jan./jul. 2014.

FICO, Carlos. Versões e controvérsias sobre 1964 e a ditadura militar. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 24, n. 47, p. 29-60, 2004.

FOOT HARDMAN, Francisco; LEONARDI, Victor. **História da indústria e do trabalho no Brasil**: das origens aos anos 20. 2. ed. São Paulo: Editora Ática, 1991.

FOOT HARDMAN, Francisco. **Trem-Fantasma**: a modernidade na selva. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011.

FOUCAULT. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

RUEDA, Valéria Matias da Silva; FREITAS, Aline de; VALLS, Valéria Martin. **CRB-8 Digital**, São Paulo, v.4, n.1, p.78-89, 2011.

FRISCH, Michael H. A desindustrialização vista de baixo para cima e de dentro para fora: o desafio de se retratar a classe trabalhadora em palavras e imagens. *In: ALBERTI, Verena; FERNANDES, Tania M.; FERREIRA, Marieta de M. (org.) História oral: desafios para o século XXI*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p.167-178.

GINZBURG, Carlo. **Mitos, emblemas, sinais**. Morfologia e história. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GOFFMAN, Erwin. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

GOMES, Angela de Castro. **A invenção do trabalhismo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

GONTIJO, Rebeca. Sobre cultura histórica e usos do passado: a Independência do Brasil em questão. *Almanack*, Guarulhos, n. 8, p. 44-53, 2º semestre, 2014.

GUIMARAES NETO, Regina Beatriz. História, trabalho e memória política. Trabalhadores rurais, conflito social e medo na Amazônia (1970-1980). *Revista Mundos do Trabalho*, v. 6, n. 11, p. 129-146, jan./ jun. 2014.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice, 1990.

HERÓDOTO. **Histoire, tome I et II**. [Trad. Pierre Henri Larcher] Paris: Charpentier, 1850.

HIJJAR, Miguel Aiub; GERHARDT, Germano; TEIXEIRA, Gilmário M.; PROCÓPIO, Maria José. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, Supl.1, p.50-58, 2007.

HOBBSAWM, Eric. Rumo ao milênio. *In: A era dos extremos: o breve século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p. 537-562.

HOBBSAWM, Eric. Da história social à história da sociedade. *In: HOBBSAWM, Eric. Sobre história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 83-105.

HOBBSAWM, Eric. **Sobre história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

HONDA, Sandra D. G. Vital Brazil e a autonomia (vital) para a educação. **Revista Da FUNDARTE**, v. 31, p.122-135, 2016.

KEMP, Amy; EDLER, Flávio C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: a comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.11, n.3 pp.569- 585, 2004.

LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia Geral**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1981.

LAPREGA, Milton Roberto. **Os hospitais de ensino no Brasil: história e situação atual**. 2015. 290 f. (Tese de Livre Docência em Medicina Social) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

LEAL, Larissa Silva. **Subsídios para a caracterização do Hospital Universitário João de Barros Barreto como patrimônio da saúde no Pará**. 2018. 116 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Arquitetura e Urbanismo), Instituto de Tecnologia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. 5. ed. Campinas; SP: Editora da Unicamp, 1990.

LÖWY, Ilana. **Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MACARINI, José Pedro. A política econômica do governo Médici: 1970-1973. **Nova Economia**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3), p. 53-92, set./dez., 2005.

MARTINS, Carlos Benedito. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, jan./abr. 2009.

MATIAS, Lilian de Souza L. Reflexões sobre os caminhos da história do trabalho e o conceito de classe trabalhadora. **Revista Espaço Plural**, Cascavel: UNESP, Paraná, ano 27, n. 34, p. 37-55, 1º. Semestre, 2016.

MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria Geral da Administração**: da revolução urbana à revolução digital. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Assoc. Méd.**, v. 47, n. 2, p.149-56, 2001.

MEIRA, Clóvis. **Médicos de outrora no Pará**; biografias. Belém: Editora Grafisa, 1986.

MENDES, E. V. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80**: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. Brasília: UNB, 1991.

MENDES, Isabel A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de alma ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p.447-448, maio/jun. 2004.

MIRANDA, Aristóteles; ABREU JUNIOR, J. M. A fundação da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará. **Rev. Pan-Amaz. Saúde**, v.5, n.1, p.11-18, 2014.

MIRANDA, Aristóteles Guilliod de; ABREU JUNIOR, José Maria de Castro. O sanatório de Belém: a epopeia: ou via sacra?: de sua construção. **Rev. Pan-Amaz. Saúde**, v.7, n. 2, p.13-25, 2016.

MIRANDA, Aristóteles Guilliod de; ABREU JUNIOR, José Maria de Castro. Hospital de Isolamento Domingos Freire. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE MIRANDA, Aristóteles Guilliod de; ABREU JUNIOR, José Maria de Castro. **Instituições e personagens**: histórias da medicina no Pará. Belém: Paka-Tatu, 2019.

MIRANDA, Aristóteles Guilliod de; ABREU JUNIOR, José Maria de Castro. **Memória histórica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Pará 1950-1971**. Da federalização à reforma universitária. Belém: Paka-Tatu, 2022.

MIRANDA, Cybelle Salvador. Memória da assistência à saúde em Belém-PA: Arquitetura como documento. *In*: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO, 1., 2010, Rio de Janeiro. **Anais [...]**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p.1-24.

MIRANDA, Cybelle Salvador *et al.* Caminhos e ausências no patrimônio da saúde em Belém, Pará. **Amazon., Rev. Antropol.**, v. 5, n. 2, p. : 308-343, 2013. *online*.

MIRANDA, Cybelle Salvador *et al.* Santa Casa de Misericórdia e as políticas higienistas em Belém do Pará no final do século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p.525-539, abr./jun./ 2015.

MIRANDA, Cybelle Salvador; LEAL, Larissa Silva. Sanatório Barros Barreto (Belém-PA): arquitetura como testemunho científico. **Rev. CPC**, São Paulo, n. 29, p.124-150, jan./ jul. 2020.

MONTAGNER, Miguel Ângelo. Sociologia médica, sociologia da saúde ou medicina social? Um esforço comparativo entre França e Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n. 2, p.193-210, apr./ jun. 2008.

NASCIMENTO, Luís Miguel do. Algumas considerações sobre a Nova República da década de 1980, no Brasil. *In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA*, 6, 2013, Maranhão. **Anais [...]**, São Luís, 2014, p.1-12. [online].

NASCIMENTO, Marcos R. da C. O uso de relatos orais como fontes para o estudo das relações de trabalho e cotidiano na implantação do Hospital Universitário João de Barros Barreto (1976-1990). *In: ENCONTRO NACIONAL DE HISTÓRIA ORAL: narrativas, ética e democracia*, 15., 2020, Belém. **Anais [...]**, Belém: Universidade Federal do Pará: Associação Brasileira de História Oral, 2020. p.1-13.

NOGUEIRA, Denise Lima *et. al.* Avaliação dos hospitais de ensino no Brasil: uma revisão sistemática. **REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA**, v. 39, n. 1, p.151-158, 2015.

NORA, Pierre. Entre memória e história: a problemática dos lugares. *In: Projeto história*. São Paulo: PUC-SP, n. 10, p.7-28, 1993.

ORNELLAS, Cleuza Panisset. Hospitais: lugares de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr./jun. 1998.

PÁDUA, José Augusto. Biosfera, história e conjuntura na análise da questão amazônica. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 6, p. 793-811, set. 2000. Suplemento.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio Da. Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAULA, Christiane Jalles de. O Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais – IPES. *In: Fundação Getúlio Vargas; centro de pesquisa e documentação de história contemporânea do Brasil* (org.). A trajetória política de João Goulart. Rio de Janeiro, [entre 2001 e 2020]. [online]. Disponível em: https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/Jango/artigos/NaPresidenciaRepublica/OInstituto_de_Pesquisa_e_Estudos_Sociais. Acesso em: 18 mar. 2021.

PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO, 3., 2014, São Paulo. **Anais [...]**, São Paulo: ENANPARQ, 2014.

PETIT, Pere. **Chão de promessas**: elites políticas e transformações econômicas no estado do Pará pós-1964. Belém: Paka-Tatu, 2003.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: IMS;UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. 180 p. ISBN 85-89737-34-9.

POLLAK, Michael. Memória e Identidade Social. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 200-212, 1992.

PORTER, Roy. História do Corpo. *In*: BURKE, Peter (org.) **A escrita da história**: novas perspectivas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1992. p. 291-326.

PORTER, Roy. **Das tripas coração**: uma breve história da Medicina. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.

PORTER, Roy. **Cambridge**: a história da Medicina. São Paulo; Rio de Janeiro: Editora Thieme Revinter, 2008.

PUZIN, D. (coord.). **The proper function of teaching hospitals within health systems**. Paris: World Health Organization, 1995.

REIS, José Carlos. **Escola dos annales**: a inovação em História. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

REIS, José Carlos. **História & teoria**: historicismo, modernidade, temporalidade e verdade. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

REVEL, Jacques. Maurice Halbwacs e os primeiros *Annales*. *In*: REVEL, Jacques (org.). **Proposições**. Ensaios de história e historiografia. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009. p. 47-71.

RICCI, Magda; VALENTIM, Rodolfo (org.). **História, loucura e memória**: o acervo do Hospital Psiquiátrico “Juliano Moreira”. Belém: Secretaria de Estado de Cultura/Arquivo Público do Estado do Pará. 2009.

RODRIGUES, Silvio Ferreira. **Esculápios tropicais**: a institucionalização da medicina no Pará, 1889-1919. 2008. 163 f. Dissertação (Mestrado em História Social da Amazônia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Pará. Belém, 2008.

RODRIGUES, Silvio Ferreira. Da caridade à ciência: a assistência à saúde pública entre os séculos XIX e XX. **Espacialidades**: revista dos discentes do Programa de Pós-Graduação em História e Espaços – UFRN.1, v.17, n.1, p.195-222. 2021. [online]. ISSN 1984-817X

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. Cidadania no Brasil. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. São Paulo: Atheneu, p. 63-91, 2009.

RODRIGUES, José Honório. **Teoria da história do Brasil**: introdução metodológica. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1968.

ROSEMBERG, José. Tuberculose: aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.7, n.2, jul./dez. 1999.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

RUEDA, V.M. S.; FREITAS, A.; VALLS, V.M. Memória Institucional: uma revisão de literatura. **CRB-8 Digital**, São Paulo, v. 4, n.1, p.78-89, abr. 2011.

RÜSEN, Jörn. “¿Qué es la cultura histórica?: reflexiones sobre una nueva manera de abordar la historia”, 1994. Trad. de F. Sánchez e Ib Schumacher. Versão espanhola inédita do texto original em alemão publicado em FÜSSMANN, H. T. Grütter y RÜSEN, J. (ed.). **Historische Faszination**. Geschichtskultur heute. Keulen, Weimar y Wenen: Böhlau, 2009. p.3-26. Disponível em: http://www.culturahistorica.es/ruesen/cultura_historica.pdf. Acesso em: 21 mar. 2018.

SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória. **Anais do Museu Paulista**. São Paulo, v.15. n. 02, p. 257-289, jul./dez. 2007.

SÁNCHEZ, Marcos, Fernando. **Cultura histórica**. 2009). [online]. Disponível em: http://www.culturahistorica.es/cultura_historica.html. Acesso em: 21 mar. 2018.

SANTOS FILHO, Lycurgo. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec; Edusp, 1991.

SCHWEICKARDT, Júlio César. **Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas, 1890-1930**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SILVEIRA, Antônio C.; JUNIOR, Fabiano P. A inserção institucional do controle da doença de Chagas. **História sobre a doença de Chagas no Brasil**, v. 44, p.19-24, 2011. Suplemento 2.

SOUNIS, Emílio. **Epidemiologia geral**. Paraná/São Paulo: Editora da Fundação da Universidade do Paraná; SP, Atheneu, 1985. V. 1.

STOLF, Noedir A. G; BRAILE, Domingo M. Euryclides de Jesus Zerbini: uma biografia. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.**, v. 27, n. 1, p. 137-147, 2012.

SUPERINTENDÊNCIA DO DESENVOLVIMENTO DA AMAZÔNIA - SUDAM. **Levantamento bibliográfico dos estudos e pesquisas institucionais norteadores dos planos de desenvolvimento da Amazônia**. Belém: SUDAM, 2019.

TEIXEIRA, Gilmário M. Revista Brasileira de Pneumologia Sanitária – um novo nome e novos propósitos para a mesma publicação. **Revista Brasileira de Pneumologia Sanitária**, v. 15, n. 1, p. 1-2, 2007.

TERRIS, Milton. As relações dinâmicas da epidemiologia com a sociedade: a Conferência Robert Cruikshank. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 545-566, 2005.

THOMPSON, Edward Palmer. **A miséria da teoria, ou, um planetário de erros**. Uma crítica ao pensamento de Althusser. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A, 1981.

THOMPSON, Edward Palmer. **A formação da classe operária inglesa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987. 1v.

THOMPSON, Edward Palmer. **As peculiaridades dos ingleses e outros artigos**. In: SILVA, Sergio; NEGRO, Antonio Luigi (org.). Campinas: Unicamp, 2001.

THOMSON, Alistair. Aos cinquenta anos: uma perspectiva internacional da História oral. *In*: ALBERTI, V.; FERNANDES, T.M.; FERREIRA; M. de M (org.) **História oral**: desafios para o século XXI Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. *Online*. p. 48-65.

VIANNA, Arthur. **As epidemias no Pará**. Belém: UFPA, 1975.

ZANATTA, Luciane A. **Reconstituição histórica do Hospital Universitário do Oeste-HUOP (1977-2002)**. 2003. 67f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, 2003.

ZENI, C. T.; KOPROSKI, K. Y. A. O conhecimento da população referente ao Sistema Único de Saúde - uma análise de dados. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 2, n. 4, p. 124, 2021.

WALDMAN; Eliseu A.; ANTUNES, José L.F.; MORAES, Mirtes de. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos de combate à enfermidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 2, 2000.

WEINSTEIN, Barbara. **A borracha na Amazônia**: expansão e decadência. 1850-1920. São Paulo: Editora HUCITEC; Edusp, 1993.

ANEXOS

ANEXO A -

BARROSO, Regina Fátima Feio. Entrevista concedida a Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento. Belém, Pará, 17 fev. 2022.

Transcrição da entrevista com Dra. Regina Feio

Meu nome é Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento. Sou do programa de pós-graduação em história social da Amazônia e PG da UFPA. Hoje é dia 17 de Fevereiro de 2022 e isso é uma coleta, uma entrevista para coleta de informações para dissertação sobre a história do Hospital Universitário João de Barros Barreto, com a superintendente do Complexo Hospitalar, Professora Regina feio Barroso Rodrigo. Seguindo o roteiro da nossa primeira entrevista.

Rodrigo: Qual o seu nome seu nome completo?

Regina: Regina Fátima Feio Barroso

Rodrigo: Qual a sua idade?

Regina: 71 anos

Rodrigo: Onde a senhora nasceu?

Regina: Belém

Rodrigo: Quando e onde a senhora realizou a sua formação acadêmica?

Regina: Universidade Federal do Pará curso de graduação, curso de pós-graduação Lato Sensu eu fiz na Fundação Oswaldo Cruz, curso de Stricto Sensu mestrado doutorado eu fiz na Universidade Federal Fluminense.

Rodrigo: senhora fez residência?

Regina: Não fiz residência. Naquela época que eu me formei não tinha residência. Residência não era considerada Lato Sensu

Kelly nessa época como os cursos de graduação em medicina estavam estruturados a nível de graduação e pós?

Regina: Na verdade, eu não sou médica, eu sou dentista, e naquela época todos os cursos eram considerados especialização a não ser 1972 depois que começar as residências em São Paulo e era uma época muito difícil porque só podia sair para fazer esses cursos que tinha recursos do estado, as cidades, a universidade como todo não ofertava, no entanto que os dois cursos um curso de especialização em saúde pública que eu fiz foi um convênio com o Governo do Estado com a finalidade de formar gestores.

Rodrigo: A senhora lembra que ano foi?

Regina: Foi em 1981, e depois o curso que de epidemiologia especialização eu já fiz no Rio a Fundação Oswaldo Cruz em 1985.

Kelly: E essa Universidade Federal onde vocês fazem estágio? Como ocorre essa integração com mercado de trabalho?

Regina: Não tinha. Basicamente não tinha. Para você ter uma ideia, os hospitais que tinham, no caso da Medicina, era Santa Casa de Misericórdia do Pará, que foi onde se desenvolveu o curso de medicina, e depois então lá pelos anos... eu não sei dizer precisamente, mas isso tem na dissertação do Rodrigo, eu acho que foi nos anos 1970 que a Universidade e o Ministério da Saúde...Então passou o Barros Barreto para Universidade Federal do Pará. Mas, assim, apesar do curso de medicina se desenvolver na Santa Casa, era a graduação. Não tinha pós, não tínhamos um programa um programa de pós-graduação. Então as pessoas que queriam fazer pós-graduação tinha que sair daqui. Eu sempre disse que isso é um grande avanço porque hoje em dia a gente forma os profissionais por nosso mercado, somos nós mesmos que formamos.

Rodrigo: O Barros Barreto hoje tem um serviço de odontologia que é uma parceria com o ICS. A senhora sabe se é antigo? Quanto tempo tem serviço?

Regina: Na verdade se existe Odontologia do Barros não é parceria com ICS. Ele é um Centro de Especialidades odontológicas porque no hospital não podemos ter atenção básica. Todos os procedimentos de atenção básica são desenvolvidos na rede de atenção básica. O que nós temos no Centro de Especialidades odontológicas que faz toda parte da Média complexidade por isso que a gente pode contratualizar a média e alta complexidade. É um serviço estruturado, inclusive com residência buco-maxilar facial residência de paciente crítico.

Rodrigo: A senhora tem ideia de quanto tempo tem serviço?

Regina: Não tenho ideia. Mas esse serviço começou já na gestão da presidente Dilma, que foi quando o ministro da saúde que era o Doutor Alexandre Padilha. Ele então criou através da Coordenação Nacional de Saúde, as CEO's e as UPA's.

Rodrigo: Por volta de 2010, então.

Regina: Tudo isso foi, foi essa política principalmente a política de atenção básica e especializada. Foi uma política de Estado da Saúde do Dr. Padilha

Rodrigo: A senhora lembra das Especialidades que começaram a migrar e ter trabalho dentro do Barros Barreto? A senhora lembra de mais alguma, além de Odonto? Que outras especialidades?

Regina: Não tenho lembrança, porque, é o seguinte: só começou acontecer isso que a gente passou a ter residente, mas ao mesmo tempo também um trabalho de especialização, de Lato Sensu, ele não tem obrigatoriedade de ser uma pesquisa e nem tem obrigatoriedade de ser publicado. Então o que aconteceu dentro do Barros Barreto: as residências deram um impulso muito grande, e nós temos hoje em dia muitos alunos residentes, nossos alunos que fazem mestrado e doutorado dentro da área Clínica específica do Barros Barreto. Ao mesmo tempo, nós temos já mestros e doutorados que já se encontram lá dentro como o único mestrado multiprofissional em diabetes. Isso é uma coisa que vale a pena ressaltar, porque geralmente esses mestros são exclusivos para os médicos e esse não é. Outra coisa, também que deu

um salto muito grande foi ao coração do núcleo de Oncologia lá dentro do hospital. O núcleo de Oncologia, ele basicamente tá formando todos, a maioria, uma grande parte é formada nesse núcleo, com mestrado e doutorado, nos nossos hospitais, no Barros Barreto. E Nós temos muitos técnicos mestres e doutores, não vou nem colocar os professores, né porque os professores são todos doutores, alguns mestres, que você sabe que na parte da Medicina isso ainda é um tabu. Muitas vezes médico é formado para o mercado de trabalho ele quer ter uma residência, ele quer ter um conhecimento técnico para o mercado de trabalho porque todos nós sabemos, que fazer *Stricto Sensu* é uma coisa que demanda tempo demanda força de vontade, demanda esforço. E muitas vezes o próprio médico pela sua formação ele não é preparado para isso, mas apesar de tudo isso nós temos muitos médicos com nível de Mestrado por exemplo. Nós temos um mestrado que se chama programa de pós-graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente. Esse programa de pós-graduação ele só tem mestrado e não tem doutorado. Mas ele formou 22 pessoas só no Barros Barreto. Então assim as pessoas também estão querendo estudar Isso é bom principalmente no hospital onde a gente tem uma gama de formações clínicas, formações administrativas, formações acadêmicas pedagógicas, e que as pessoas não sabem aproveitar. Então quer dizer que adianta eu ter uma relação de tempo de permanência no leito e associar isso há uma doença, uma tuberculose. Ou é pediatria a um setor pediátrico. Ou HIV- AIDS. As informações são mais claras e elas acontecem muito mais por conta da qualificação. Isso aí não tenha dúvidas de que a qualificação principalmente *Stricto Sensu* é que ensina você a pesquisar, é que ensina você a importância da estatística, é que ensina para você a importância de uma extensão. São algumas coisas que facilitam. Inclusive, essas pessoas que terminam a extensão elas aprendem inclusive a fazer revisão sistemática que é uma coisa muito importante principalmente na historicidade da doença e tá lá isso inclusive melhora muito na hora de fazer a nossa série histórica e tal. Então nós avançamos muito, a Universidade Federal do Pará avançou muito, muito mesmo. Temos hoje em dia nós temos mais de cento e poucos alunos, quase 200 residentes. Estamos abrindo mais residências ainda. Então isso é uma coisa que hoje em dia o próprio TCR que é trabalho de conclusão de residência ele já tem muita ação diferente que não é mais aquele trabalho só de uma de um caso Clínico de um trabalho de pesquisa. Nós tivemos um avanço muito grande não só no sentido de qualificação de pessoas, mas também no sentido de qualidade dos trabalhos feitos.

Rodrigo Como que você vê o Hospital Barros Barreto, não necessariamente agora, mas, assim de relação ao longo do tempo? O que a senhora lembra? Como começou seus contatos?

Regina: Bem antes de eu entrar para Universidade eu era funcionária da Secretaria de Estado de Saúde. Tinha a Elisa Sá. Então lá a gente trabalhava com uma equipe muito boa e quando ainda não se falava dessa parte da inserção do feminino dentro da gestão que basicamente era toda feita por homens. A gente fez um grupo e eu logicamente eu era mais nova então aproveitei para aprender

Rodrigo: A senhora lembra por volta de que ano era isso?

Regina: Olha nos anos 1970, 1980 vai vir como secretária de saúde nos anos 1980. E aí depois ela voltou para ser diretor do hospital. Eu era coordenadora de mestrado interinstitucional, era diretora da faculdade que naquele tempo não tinha a figura do diretor da faculdade, mais de coordenador de curso, e aí então eu peguei um curso muito prejudicado. Dizendo que ia fechar. Tinha 15 cursos da Universidade que estavam nessa situação e aí o antigo reitor que era o seu Cristóvão, não sei porque mandou me chamar e perguntou se eu queria ajudar no sentido da gente revigorar o curso eu fiz assim e aí de repente a gente faz um

trabalho muito bom um curso que em um ano ele tava com a Nota 2. No outro ano eu continuei fazendo o trabalho depois que Cristóvão Diniz saiu, o Alex Fiúza entrou e aí fiquei também no curso quando foi um dia ele mandou me chamar me perguntou se eu queria fazer parte da gestão eu disse: “depende”. Ele disse: “Eu queria que você viesse para a Reitoria de Extensão. Eu disse: “Bom, se for para Reitoria de Extensão eu aceito”. E foi assim. Com isso ele começou a me colocar e não tinha uma equipe dele que fosse da área da saúde, diferente do professor Cristóvão que tinha àquela altura a professora Zuza Klautau, responsável pela área de saúde. E aí eu fiquei esses anos quando chegou dentro de um período de eleição professor Alex se candidatou e ele então me colocou para concorrer a Reitor e a partir daí ele me deu uma missão que era coordenar a área da saúde e então essa área da saúde toda era coordenada por mim através de um fórum, eu estabeleci um fórum de saúde no Instituto. Aquele tempo era departamento. Porque eu acho que o hospital deve estar no fórum, não pode estar dissociado do Instituto porque os hospitais são cenários de prática, são locais de formação e aí eu comecei então, mais amiúde, tanto no Barros Barreto quanto no Betina Ferro. Aí eu comecei a ver como é que funcionava e tal e quando chegou depois o professor Alex saiu e eu me candidatei a Reitoria O professor Maneschy foi vitorioso. E aí depois paralisei as atividades do hospital. E aí quando foi agora depois de aposentada, tem um convite do professor sendo que ele tinha reunido algumas pessoas e ouvir algumas pessoas de lá do Barros Barreto. Também, reuni com as pessoas e eles disseram que colocar o meu nome e foi assim que eu de novo voltei né. Mas, assim durante toda a minha vida como eu me dediquei aí depois eu aposentei na Secretaria de Saúde, eu fiquei só na universidade e me dediquei ao ensino, totalmente ao ensino pesquisa e extensão. Mas no foco da gestão, porque eu acho assim um dos grandes problemas que nós temos no Brasil foi que nós não formamos gestores principalmente na área da saúde. Então isso quer dizer você ver toda a saúde é entregue às relações sociais e assim eu estou totalmente desacreditada de uma reversão desse processo. Porque nós já tivemos um governo do PT onde a gente reclama de tudo isso, mas foi um projeto de destruição muito forte, porque hoje em dia você não pode chegar e dizer “eu vou tirar hospital de organização sócia”. Eu não posso tirar porque eu vou contra a lei de responsabilidade fiscal, porque eu não tenho gente para tocar o hospital, né? Então, se você levar assim, os únicos hospitais, ou falar aqui no Pará, em Belém, que não são gerenciados geridos por organizações sociais é só a Santa Casa, o Ophir Loyola, o Gaspar Viana, o Barros Barreto e o Bettina Ferro que são as próprias pessoas do hospital, do nosso caso da universidade, e gerenciamos, e que fazemos a gestão desse Hospital. Então, isso é uma coisa que vai ser difícil. Se você pega São Paulo, é dada por uma organização social e isso é uma coisa complicada. Porque a organização social é uma empresa privada tem que ter o lucro dela e esse lucro vem através, muitas vezes da exploração do profissional, do trabalhador, pagamento e carga de trabalho maior. Mas então isso é uma coisa que, como disse o Darcy Ribeiro que a destruição da educação é um projeto. A mesma coisa é a destruição da saúde é um projeto quando você tem uma pessoa que todo mundo acha que o Mandetta é o máximo. Coisa nenhuma. Ele destruiu a atenção básica. Ele acabou com a atenção básica no país. Acabou é um pouco de exagero, mas ele destruiu muitas conquistas que se fez. Daqui para frente só se nós tivermos um outro governo que entenda que dentro da área da saúde a atenção básica é extremamente importante.

Rodrigo: Professora, você falou sobre essa questão as conquistas das políticas. Como é que você vê a chegada dessas políticas de melhoramento da saúde como o SUS? Como era essa época *pré* SUS e depois do SUS?

Regina: Essa época da construção da reforma sanitária na verdade a reforma sanitária ela foi algo pensado com base na reforma sanitária italiana e as grandes os grandes nomes da saúde

pública se reuniram e construíram o primeiro projeto de reforma sanitária. Por que se chamou de reforma sanitária? Porque primeiro só tinha direito a ser consultado a ser assistido se você fosse uma pessoa que contribuísse com a Previdência e que tivesse carteira assinada, ou onde através do Instituto Nacional de Seguridade Social, INSS, que depois virou Inamps. Então isso foi um processo dentro da Saúde. Só que antigamente, como hoje a gente tem uma quantidade de desempregados muito grandes e também pessoas que atuam no trabalho informal e que não contribuíram para a presidência e que, portanto, não tinha direito à Previdência, sem nenhum tipo de atendimento e era nesse tempo que tinha as santas casas e as beneficências portuguesas, que foram criadas exatamente pra atender os indigentes, o chamado indigente, o pobre que era atendido na Santa Casa, na beneficência portuguesa. Essas beneficências vieram com a chegada da família real no Brasil, daí o nome beneficência portuguesa. Também para fazer esse tipo de atendimento. E aí você tinha a secretaria de saúde. Esse tempo não tinha secretarias municipais, que foram criadas com o advento do SUS. A Secretaria Municipal de Saúde da qual nós que fazemos a parte de saúde, do olhar da saúde, não só sobre a ótica da doença, né? Então quando teve a epidemia de Cólera aqui no Pará, que a referência era o Barros Barreto. Não morreu ninguém de Cólera aqui no Barros Barreto, ninguém, porque a gente chegava antes pegávamos e descemos o Rio Amazonas todo distribuindo água sanitária, não, hipoclorito, e fazendo toda uma educação e desde essa época o Barros Barreto. Agora você imagina só o que é pegar uma epidemia de Cólera e adaptar. Você não tem as camas, tinha que fazer um buraco no meio das camas para pessoa ficar deitada lá porque ela tinha porque era constante a evacuação. Então essa era a era o panorama da Saúde. Com a reforma sanitária e depois também com a Constituição de 88 nós tivemos em uma conferência. O tema foi “Saúde o dever do Estado e um direito de todos”. E foi uma conferência, uma preparação para implantação de um sistema único de saúde. E aí começou a fazer depois da conferência, se começou a fazer assim um preparo para isso porque você tinha profissionais do Ministério da Saúde que eram que eram do Inamps, e você tinha os profissionais das secretarias estaduais. Então, nesse intervalo, criou-se então um outro processo que foi chamado SUDS, ele veio antes do SUS, que era o Sistema Único Descentralizado de Saúde. Eu fico pensando que é um carma meu porque eu vivi o SUDS e eu vivi e agora eu vejo a mesma coisa entre a mesma confusão do sistema universitário e a universidade, por que são regimes diferentes e que também tem regimes trabalhistas diferentes. Então, e isso também me dá um pouco de experiência nesse sentido, de fazer essa transição e essa parceria com as pessoas. Aí então depois da Constituição de 1988, veio o SUS e quando vem o SUS veio toda aquela todas as normas e legislações, inclusive na parte do financiamento, não é? E aí que nós temos problemas até hoje porque nós temos... o Brasil não é o único país que tem o SUS você vê o maravilhoso sistema do Reino Unido, só que quem financia isso é um seguro de saúde que é pago pelas pessoas que têm condições de pagar usuário que é considerado, que não tem renda para pagar, mas ele é beneficiado por que o outro paga, também e também tem a contrapartida do Estado, que é a parte do estado-nação e aqui no Brasil não temos esse é o nosso grande problema. Nosso grande problema político é um problema de entendimento porque, o SUS hoje em dia tem um financiamento muito pequeno para quantidade de coisas que nós temos. O sistema privado teria que ser colocado como sistema complementar muitas vezes não acontece ele ainda abocanha o dinheiro do SUS. E uma das uma das grandes qualidades dos nossos hospitais falando, Barros Barreto é que não tem não tem nenhum tipo de acordo nós somos 100% SUS. E não tem às vezes chega até um pouco drásticas nós não temos nenhum convênio constituição privado nenhum. Por que? Porque a extensão privada ela tem tirar. Então se eu tenho hospital local de formação eu tenho que dar formação para o meu aluno na universidade não posso dar formação para o aluno que paga 10 mil por mês e a instituição privada querer usar a nossa dependência. Então, isso são as coisas que eu acho que que nós temos fortalecer. Nós temos que acreditar no SUS

porque muitas vezes o que se vê aí é assim: o SUS não funciona, o SUS tá ruim até nos planos do setor privado tem plano de saúde que se você se sentir mal para marcar uma consulta no médico demora dois meses, daqui a três meses, daqui a um mês, uma semana e quando chega dentro do SUS as pessoas querem ser imediatamente atendidas. Então só algumas coisas que eu sempre digo que as pessoas que trabalham comigo que nós acreditamos que é o melhor sistema e as pessoas costumam dizer assim “é melhor plano de saúde do que o SUS”. SUS não é plano de saúde. SUS é o maior sistema de inclusão da saúde do mundo. Por isso que quando chega demandas judiciais que vem das pessoas na mesma situação que os outros, querem ser atendidos, mas o juiz que quer, é o político que quer, não se ele tivesse. Se a pessoa tiver uma situação grave eu faço é passar na frente, mas se ele tiver na mesma situações que o outro, eu tenho que ter uma das diretrizes do SUS que é a equidade, as pessoas têm que ter oportunidades diferentes, não é porque é amigo do prefeito, que amigo do governador, que é amigo do juiz que amigo do político que eu vou fazer com que essa pessoa seja atendida logo. Essa é a todo o panorama do SUS que são os abocanhada por parte de financiamentos. Não é à toa que o presidente vai fazer corte no orçamento a primeira coisa que ele fala no corte saúde e educação. Saúde e educação gastam muito. Tem que gastar. Estado que não investe, nação que não investe em saúde e educação é um estado falido. Não é então...sim eu posso dizer assim com certeza para vocês que hoje em dia nós temos um hospital que está dentro de todas as diretrizes do SUS. Temos problemas? Temos e inúmeros problemas de financiamento, problemas de pessoal e os problemas se agravaram mais agora na pandemia, o que agora na pandemia nós ficamos sujeitos a fornecedores que fazem que fazendo o valor que eles querem. Se você muitas vezes dentro da regra não faz uma flexibilização eles não entregam medicamento e a pessoa fica sem medicamento. Então, na verdade, nós estamos passando por uma situação difícil por conta de toda a situação de pandemia que se instalou que quando a gente pensa que ela vai acabar ela vem outra e vem outra variante recomeça de novo.

Rodrigo: Aproveitando que a senhora falou sobre a epidemia do cólera, a gente tá lembrando que que até algum tempo houve epidemia da AIDS. A senhora lembra alguma coisa sobre esse momento se a senhora tava trabalhando, que que a senhora lembra da epidemia?

Regina: Ela não chegou para ser pandêmica porque não chegou a atingir todos os países do mundo ela atingiu a África e alguns países, muitos, mas não todos. Agora, é diferente porque a epidemia de Cólera é uma epidemia de um vírus, o vírus da pobreza, e que tinha a gente tinha que ter o cuidado da medicação e tal para ir fazendo todas os problemas da água. O Cólera é um vírus que se transmite via água, então, por exemplo, a epidemia de Cólera. Pense numa epidemia de Cólera no Canadá ou na Noruega. Isso não existe! As pessoas pegam água da torneira e tomam. É água potável. Então é epidemia de pobreza. O que aconteceu na epidemia de AIDS. A ciência é muito clara na época que veio a descoberta do HIV você sabia de nada então as pessoas começaram a falar. Além do mais foi uma doença uma doença de homens. Pessoas preconceituosas, né? Porque as pessoas associavam a um HIV positivo ao homossexualismo, à prostituição, a pessoas que eram renegadas pela sociedade. Dificilmente você associava um HIV de uma transfusão de sangue depois que foi se vendo isso e assim foi uma revolução total, mas primeiro era muito comum. Ninguém usava máscara para atender, ninguém usava luva, imagina quando me formei eu não sabia. Depois é que eu comecei a trabalhar, a gente mete a mão na boca das pessoas sem luva, sem nada. As pessoas ficarem muito temerosos. Aí dizia que tirava sangue do aidético e voltava na pessoa e isso lá no bairro de Barreto assim eles contam como se fosse uma verdade imutável.

Rodrigo: Esse período que a senhora tá falando da final dos anos 80 início dos anos 90?

Regina: A epidemia de AIDS foi em meados de 80 e durou até 1990. Lembro quando chegou já começaram a ter iniciados os antirretrovirais. Hoje em dia ninguém. É muito difícil, a não ser que você não tenha controle eu conheço pessoas que tem HIV. Tem gente que tem HIV há 30, 40 anos e toma remédio. Então, a ciência foi muito séria, né? E nós podemos dizer que nós temos o melhor programa de AIDS do mundo era o nosso, que a gente tem a distribuição do antirretroviral a gente tem muito bem espalhada por toda a cadeia, toda a rede de atenção do HIV Aids. E até já falamos tá se falando, em vacina. Então, quer dizer hoje em dia a gente sabe que que foi uma doença que se alastrou e que também derrubou uma série de tabus, porque se você pegar uma série fazer uma revisão sistemática da Aids a última que teve mostrou que as pessoas mais atingidas pela AIDS nas mulheres casadas. Então toda aquele preconceito que a gente tinha com o homossexual, com a mulher prostituta e tal... era um negócio interessante nessa época de epidemia de AIDS eu não era da Universidade ainda eu era da Secretaria de Saúde e o negócio é muito interessante tanto que fiz questão de ver quando fui na Bélgica na Holanda fiz questão de ir no museu Van Gogh porque se pegou uma pintura do Van Gogh chamada Catre uma cama sem ninguém dentro de um quarto e a gente começava a trabalhar em cima disso a gente mandou construir a gente tinha uma relação muito grande com a Associação das Prostitutas que era a Dona Lourdes Bezerra. Era e ainda hoje é presidente e a gente mandou construir pênis de madeira e se sair aquelas do meretrício toda né naquele tempo tinha ensinado como colocar o preservativo [*trecho suprimido*] pense num negócio bonito mesmo quer dizer a gente trabalhava da prevenção de educação e aí a gente começou também a ter algumas respostas, mas logicamente que naquele tempo a pessoa que era portador do vírus. Ele era uma pessoa fadada morrer tanto que morreram muitas pessoas famosas que era porque na verdade não tinha uma medicação um medicamento que deixasse e não morrer de AIDS não mata a AIDS não mata ele morre das infecções do ponto de vista da Aids e pega pneumonia pega tuberculose pega outros tipos de doenças que levam então é o óbito na certa. E naquele tempo era difícil. Hoje em dia não, hoje em dia só se a pessoa não se cuidar mesmo, não tomar o medicamento. E hoje em dia a medicação tá passando por refinamentos que já que já traz e muito menos efeitos colaterais, entendeu?

Kelly: professora, você falou da tuberculose como a doenças que podem matar demais. Mas como você avalia essa mudança de como a sociedade encara as pessoas portadoras de tuberculose? Quais as posições do Barros Barreto no tratamento da doença?

Rodrigo: Porque historicamente o Barros vai ser construído como o hospital para tratar os tuberculosos, e aí ele se construiu seu nome em cima disso. Então a gente queria saber um pouco do trabalho dele, como é que ficou?

Regina olha por incrível que pareça o hospital Barros Barreto foi construído para ser um Sanatório por isso que ele era primeiro um local longe da cidade é de um local dentro de um bosque em frente ao cemitério Por que logicamente toda pessoa que pegava tuberculose morria morreu mais cedo morreu mais tarde umas morrer vou mais triste que é que a gente vê o seguinte até hoje a gente trata tuberculose sabe que é uma doença da pobreza que é uma doença da subnutrição que é uma doença da miséria e só que quem dera se agente tratasse da tuberculose nos anos 40 o vírus Ele tem mutação constante Então hoje em dia o que leva à morte é tuberculose multirresistente que a gente chama de que aquela tuberculose é tratada na rede básica. Há um esquema de medicação então paciente ele tem que dentro de um ano ele tem que estar curado né só que tem paciente que não se curam com esse tratamento ou seja são aqueles pacientes que desenvolveram resistência ao tipo de tratamento e o que é mais grave e muito triste é você ver pessoas novas adolescente com tuberculose multirresistente. O

problema da tuberculose é mesmo da hanseníase na hanseníase. Nós somos o segundo país do mundo com maior incidência de hanseníase a gente só perde para Índia né então é uma doença na pobreza. Então assim lá no hospital Barros Barreto nós temos nós estamos referências na epidemiologia mas muito triste ainda a quantidade de tuberculose que aparecem lá no hospital por serem multidrogas resistentes Então isso é uma questão. Nós não conseguimos avançar né mas não conseguimos ter uma política de habitação que as pessoas moram cinco das pessoas dentro de um de uma de um cômodo de dois cômodos não temos as pessoas não se alimentam se ter uma ideia a gente já prevê até quando o paciente vai morrer porque ele chega totalmente desnutrido. Então quer dizer a desnutrição faz com que o metabolismo seja alterado e a medicação que é dada não surtiu o efeito desejado no período de tempo, como se a pessoa fosse uma pessoa quem chama eutrófica. Então assim isso é uma coisa ainda é muito doloroso a gente ver sabe hoje em dia se você ver a mesma coisa HIV positivo que muitas vezes interna é aquele paciente grave que não toma adequadamente a medicação, não toma os cuidados que deve ter. E aí então ele pega também as infecções oportunistas. Como diz que determinados livros quando a gente lê livros antigos é a mesma coisa do que: a gente tá vivendo hoje a mesma coisa de lá. Que nem o sermão do Padre Vieira se vocês leram se você pega o sermão do Padre Antônio Vieira será quando foi que escreveu igual quem está devendo então assim avançamos muito na tecnologia, mas avançamos muito pouco na desigualdade, né? Por isso que a gente tá hoje em dia com essa polêmica de vacina. Não adianta país com desigualdade, não tenho que discutir.

Rodrigo: A senhora passou por uma experiência com a Reitoria se ela tem ideia ou sabe como ocorreu a mudança do hospital para transformar em Hospital Universitário? Sobre a quantidade, os cursos, a migração do curso, das residências, dos trabalhos dos outros cursos, fora Medicina, no Barros Barreto, tipo de Nutrição Fisioterapia?

Regina: Eu acho que a quantidade de residente em residências e a qualidade dos trabalhos elas são de exclusiva responsabilidade e assim de louvor da Universidade né. As residências todos são residências da universidade. Apesar de nós sermos administrados pela EBSEH nós entendemos que a parte de ensino e pesquisa deve ser direcionada pela Universidade então toda essa esse avanço são Louros da Universidade Federal do Pará. Agora logicamente que também a qualidade dos trabalhos se deve muito a qualificação das pessoas, na verdade as especializações das residências são as pessoas no hospital. Então, hoje em dia eu já tenho uma diferença de preceptor de 15, 20 anos atrás, 10 anos atrás para hoje. Hoje em dia tem um preceptor que ele sabe que ele tem que ensinar em serviço mas ele entende a importância da pesquisa e importância o processo de ensino-aprendizagem ele entende a o viés pedagógico entendeu? Então isso aí podemos dizer que que isso aí foi graças a qualificação das pessoas. Então assim por isso que eu te digo que é esse período esse percurso foi um percurso todo preparado para qualificação das pessoas que trabalham nos hospitais, que é o médico da universidade.

Nélio: Quando se torne para universitário talvez tenha sido essa o intuito mas que parece que na prática foi a parte ambulatorial de atendimento, que eram mais acionadas do que a parte do ensino e aprendizagem. Que período mais ou menos a senhora delimita para que tem ocorrido essa mudança? Você falou 15 anos para cá.

Regina: Eu acho que uns 15, 20 anos porque o que acontecia na verdade: os hospitais eram era assim o professor chegou do hospital traz o aluno então que caiu nas graças do professor. Então porque se eu chegar eu levava ou seja não tinha uma prática. Eu acho que talvez que isso aconteceu mais com mais tranquilidade depois da mudança dos Marcos Regulatórios da

universidade onde os hospitais se transformaram em unidades acadêmicas especiais primeiros hospitais hospital universitário Hospital Universitário mas eles não eram olhados unidades acadêmicas especiais. Hoje em dia eles são unidades acadêmicas especiais. Eles foram inseridos dentro do inseridos dentro do PIT do professor e dentro da matrícula do aluno. Então já sabe que vai da urologia ele vai ter aula lá no Hospital. Então houve uma regularização uma regulamentação do que seria Qual o papel dos hospitais universitários na formação do profissional e que não é só de saúde; Lá no hospital não tem um profissional de engenharia do ITEC, engenharia mecânica meninos de engenharia biomédica toda parte da Saúde parte da biomedicina, parte do serviço social de psicologia, da pedagogia porque aquilo são espaços de formação e necessariamente não é só o hospital. O que acontecia: no hospital tinha um monte de cama com defeito a chegou o professor da engenharia biomédica professor chegou para trazer os alunos para cá a conserta tudinho que eles aprendem e também serve para nós. A mesma coisa de área mecânica, lá engenharia sanitária parte da água parte do controle de ar que tudo isso é feito no hospital, controle de ar, controle de água, controle da parte de climatização aí a gente começou inclusive até uma gerência de ensino e pesquisa extremamente bem estruturada. Não entra nenhum aluno que não seja que não esteja dentro do nosso conhecimento e com isso a gente evita aquele médico, ou aquele profissional, que dá aula na universidade. Então eu acho que depois que se tornaram unidades acadêmicas especiais eles passaram a ser regulados, normatizados dentro do projeto pedagógico de ensino.

Nélio: Essa regulamentação tem no Marco Regulatório?

Regina: É o Estatuto e o Regimento da Universidade. Basicamente o Regimento. O Regimento é que diz que os hospitais são unidades acadêmicas especiais, elas fazem parte do currículo e do projeto pedagógico.

Kelly: Esse Marco passa a vigorar desde quando passou para Universidade? Qual é o mais recente?

Regina: Não. Só depois de 1957. Mas só tivemos um estatuto que ainda foi feito se eu não me engano pelo professor Silveira. Foi quando em 2003 o relatório de professor Alex começou-se a discutir a mudança desses Marcos Regulatórios que serão o Estatuto e Regimento. Esse processo durou de 2003 até mais ou menos 2007. Custa porque você tem que ouvir todo mundo, tudo tem que ser discutido até chegarmos a essa conclusão. Uma das coisas que foi a questão de departamentos e dos institutos, foi a criação de novos núcleos né? Então foi feito todo uma revisão da estrutura.

Nélio: No caso do hospital, essas demandas foram analisadas por quem, por que grupos pela direção do hospital?

Regina: Não. Participaram todos da construção. Mas isso é diretamente ligado ao Reitor e ao CONSUN. Tudo tem que passar pelo, pela aprovação do CONSUN.

Rodrigo: Fazer mais duas perguntinhas para gente encerrar. A senhora teve algum conhecimento das ações da presente pandemia de coronavírus? O que a senhora avalia do passado, do que era diferente do passado, para hoje? Em relação a essa doença, a senhora já tinha visto algo parecido com sua na sua trajetória?

Regina: Eu acho que ninguém tinha visto ninguém pensou que depois da gripe espanhola poderia ter uma outra pandemia no mundo mas assim foi muito doloroso mesmo a gente viu as pessoas morrerem Logo no início da pandemia não se tinha nenhum conhecimento de nada era tudo cada profissional fazia Lógico que nós temos uma padronização mas a padronização era de quê de antibióticos alguns que depois tinha mais efeito antivirais mas assim a pandemia ela veio com vírus muito infectantes né e as pessoas também não tinham conhecimento quer dizer nós do hospital para nós foi muito doloroso porque eu achei muito para tudo para tudo para o para o ambulatório quer dizer Você imagina quantas pessoas morreram não atende ocorrência do Coronavírus da Covid mas ainda ocorrência de que precisavam de outro tipo de atendimento e não tinha os hospitais Estavam todos lotados as cirurgias eletivas pararam todas lá no bairro de Barreto centro cirúrgico virou UTI sabe então assim nós conseguimos fazer mais de 20 leitos de UTI muito chatinha um teste lá então foi assim uma uma coisa agora tiveram muita sorte pense que nós começamos a fazer já iremos comprar um caminhão frigorífico para botar corpus infelizmente não chegamos a isso mas assim nós Pegou de surpresa principalmente por conta das pessoas que se aproveitaram da pandemia como no caso da das pessoas que vendiam respiradores é ventiladores e monitores ficam se ninguém que foi que universidade fecha o que foi que o Heitor fez abrir uma conta solidária e começou a angariar dinheiro para mandar consertar os respiradores que você tinha o que tem aqui no Betina foi levado para lá sabe foi assim uma coisa que era solidariedade é umas pessoas dando doando avental doando máscara sabe doando Face Shield e nós sobrevivemos e vemos que a solidariedade foi muito forte tá os nossos profissionais adoecendo e morrendo né então foi uma situação muito difícil que a gente Pegou de surpresa quando veio a segunda onda com outra variante ainda era Delta mesmo então já tava diferente nós já sabíamos mas como tratar já sabemos que hidroxicloroquina não fazia nada sabíamos que Azitromicina Cia não fazia nada e aí começamos a dar uma outra entonação aí veio os antihemorrágicos porque a gente começou a perceber que os casos de trombose não muitos aí já veio corticoide tanto que nós dentro do bairro de Barreto e eu faço a comparação com hospitais da rede Bis foi hospitais que menos morreu gente mas era totalmente lotado a pessoa quando começa a respirar um pouco já saía do t i vai para enfermagem então assim Foi algo que eu nunca Vi mas para quem viveu dentro do hospital Foi algo assim uma angústia muito grande sem saber você ver uma pessoa precisa de respirador e você não tem respirador para aquela pessoa tá felizmente a gente tinha todo um planejamento não tivemos deficiência de oxigênio ninguém morreu por falta de oxigênio ninguém morreu por falta de medicação Agora sim chega onde tem ali que tem vou buscar com essa o que que o ser humano deu fez a gente já podia comprar parte da medicação então somado a isso ainda teve uma caixa de luvas que a gente comprava por 7, 8 reais hoje em dia todos nós sabemos quanto custa uma caixa de luva, quanto custa uma caixa de máscara. Subiu mais de mil por cento né. Então tudo isso a gente sofreu muito acho que a pergunta o do Rodrigo ela faz muita razão de ser porque foi uma coisa que não sabia como fazer e assim só vi a gente dizendo para mim não vá para lá não vai para lá porque eu não achei nenhum dia de trabalhar tá e foi assim uma neura porque todo mundo sabia que quando é entubado dificilmente sairá a situação agora a gente já está em outro estágio por conta da vacinação por mais que nós tenhamos um agora uma variante extremamente infectante mas a vacina faz com que a gente já tenha né uma reações menores tanto que hoje em dia está tendo muita morte está vacinando as pessoas não vacinadas estão de pessoas que é uma idade muito avançada ou se transforma e compromete logo pulmão então assim para quem não acredita na vacina a Omicron foi a maior prova de que tanto que se eu perguntar aqui quem não teve covid pegou depois não é porque ele é muito infectante mas e a gente já tá a gente já agora já não teve mais uma UTI específica de Covid não tivemos os nós queremos de serviços a gente tem o cuidado a pessoa faz o teste porque se for covid a

gente isola ou então assim a pessoa tem internado pega isola Então a gente tem um cuidado na triagem para quando passar eu entrar não contaminar os outros

Rodrigo: Foram quantos anos de serviços prestados ao Barros Barreto? A senhora podia me dizer como foram esses anos finais de serviço?

Regina: É aquilo que eu tô dizendo para você eu este ano dia 17 de junho eu faço 45 anos de serviço público e assim que eu vejo eu vejo que nós estamos atualmente Dentro de um processo de organização de procura fazer equipe em que as pessoas tenham domínio sobre sua competência e você faz parte da gestão você sabe disso e hoje em dia a gente já tem também uma série de normas de como se diz assim onde a gente já tem busca sempre a qualidade é a nossa o nosso objetivo agora é a qualidade tá o bairro de Barreto é Hospital extremamente respeitado tudo que vai para lá é quando a gente não quer chega assim no último grau aí a pessoa chega lá temos limitações ainda que imitação de pessoal e é ser um problema que não podemos nem a universidade nem eu disser pode fazer alguma coisa porque depende do estado da economia eles não eu não sei se a finalidade de extinção do serviço público para o fato é que não abre não se abre novas vagas e hoje em dia você tem um Norte aqui é ter qualidade então voltasse O que eram os atendimento quer que atende viagem nós temos 32 leitos de HIV, a Beneficente tá com 5 e a Ordem Terceira tem 5 para prefeitura. O que é que tem de pneumologia tuberculose multirresistente que é que atende meningite. Então eu reconheço a capacidade incrível dos nossos profissionais Mas ainda tem os problemas temos hospital muito antigo Hospital que ainda não oferece um bom atendimento uma boa estadia paciente lá mas a gente tá caminhando para que isso aconteça dentro da infraestrutura não temos mais falta de medicamentos não temos claro que a gente sempre tem Porque fornecedor não entrega temos muito muito licitação que tá deserto para caçada principalmente medicamentos a Indústria Farmacêutica faz com a gente Tudo Que Ela Quer se é uma coisa que ninguém dá jeito mas estamos em busca da qualidade em todos os sentidos agora não é fácil porque eu digo para vocês a nossa receita ela é quem da nossa despesa por quê interessante se vocês puderem ver um documentário do Michael muro SOS saúde vale a pena viu por exemplo nossa tem que permanecer no leito é muito alto eu tenho paciente lá de 1 ano atende paciente quando eles ficam tão apegados que não querem sair de lá aí Temos que chamar FUNPAPA, porque apesar dos pesares, melhor do que na casa dele então nosso paciente longa permanência e isso no hospital é uma desvantagem se fosse um hospital privado se paciente mora no interior se tem erro do ônibus sei tem alguém eu tenho ninguém se a pessoa buscar ele chegou não Hospital privado manda embora e não quer saber. Então essas são algumas coisas que a gente tem que são específicas do nosso do sistema de saúde. Temos muitos problemas mas de maneira nenhuma posso virar as costas para isso. Estamos sempre em busca da qualidade. Nós ainda somos referência. Nós ainda somos respeitados né?

Rodrigo: Professora Muito obrigado pelas respostas pelas informações que trouxe para nós.

ANEXO B -

OLIVEIRA, Antônio Anselmo Bentes de Oliveira. Entrevista concedida a Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento. Belém, Pará, 11 mar. 2022.

Transcrição da entrevista com Dr. Antônio Anselmo

Rodrigo: Hoje é dia 11 de março 2022. Eu, Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento, mestrando no Programa de Pós Graduação em História da Amazônia, da Universidade Federal do Pará, e também a doutoranda, colega que contribui com o trabalho da pesquisa, Kelly Chaves, estamos aqui para entrevistar um ex-diretor do hospital Universitário Barros Barreto.

Rodrigo: Como é o seu nome completo, Doutor?

Anselmo Bentes: Antônio Anselmo Bentes de Oliveira.

Rodrigo: e o senhor nasceu onde?

Anselmo Bentes: Em Santarém, no Pará.

Rodrigo: Em que ano?

Anselmo Bentes: 22 de 10 de 1945, no pós-guerra, sou filho do pós-guerra.

Rodrigo: Quando e onde o senhor realizou sua formação acadêmica?

Anselmo Bentes: Na faculdade de medicina do Estado do Pará.

Rodrigo: O senhor lembra o ano? Que o senhor iniciou o senhor concluiu?

Anselmo Bentes 1966. E terminei em 1972. Foram 7 anos porque eu perdi um. Eu fui castigado um ano no 477 porque eu me rebelei. Porque me rebelei contra uma prova que tinha vazado antes de ser feita e me deram de presente um ano eu e mais oito que escolheram me deram de presente um ano de reclamação e nós tivemos que alongar o curso.

Rodrigo: O senhor fez especialização e pós-graduação?

Anselmo Bentes: Olha a minha especialização foi a tudologia. Eu me formei e fui para trabalhar no 8º BEC, lá no Miritituba, como médico civil. Aí de lá voltei e trabalhei em Maracanã, depois fui para Salinas. Aí em Salinas, já sabia um pouco de cirurgia, fiz cirurgia lá principalmente obstétrica. Depois eu voltei para Belém e vim para o dispensário de tuberculose, que depois foi chamado Barros Barretos. Quer dizer, a minha formação é autodidata, é tudo e depois me especializei na pneumologia. Na realidade, na fisiologia.

Kelly: E como era trabalhar no dispensário de tuberculose?

Anselmo Bentes: Imagina essa desgraça social. Então, o que que era o dispensário? Era como era chamado o lugar de dispensar. Era um uma unidade de auxílio ao pessoal que vinha do interior porque naquela época não tinha não tinha o programa de combate à tuberculose, não estava em todas as cidades ainda. Àquela altura tinha diferença entre previdenciário e não previdenciário. Então, esse era um suporte. Bem, na realidade não ficou sendo apenas isso, mas só que o pessoal que era oriundo do interior vinha para cá porque o diagnóstico era rápido tinha biografia para fazer a triagem. Mas eles acabavam mentindo para gente que

moravam aqui, ficavam durante um tempo e todo mês vinham. Então, foi um trabalho muito árduo no sentido de que sempre teve pouco recurso. E com relação a doença, àquela altura a doença era muito forte aquelas formas graves de destruição de pulmão, muita hemoptise. E aí a gente vai começando a ver a miséria que era tuberculose dessa população. Como a gente sabe que a tuberculose dá em que não come proteína, logicamente nos pobres e pretos. A tuberculose dá nessa população. Quer dizer, como é que você sabe, então quem era que era vítima? Era pobre preto. Então fizemos o trabalho lá durante algum tempo aí depois eu fui ver doentes no Barros Barreto. Começou em 1976 com atendimento aos previdenciários era só os previdenciários. Os outros eram pela Secretaria de Saúde [do Estado] nas unidades, nos postos essencialmente foi assim.

Rodrigo: O senhor lembra se já tinha residência nessa época, algum programa de residência lá no Barros Barreto? Se alguma residência da UFPA funcionava lá ainda não sendo Hospital Universitário?

Anselmo Bentes: Teve a residência, mas ela foi em 1976 que um programa de residência começou. Aí a essa altura o hospital já tinha tido um diagnóstico do destino do hospital, porque já tinha mudado a orientação de internar pacientes para negativar a doença. Já tinha sido introduzido aí flapicina, que é o que é o medicamento esterilizante do programa. Então, com isso praticamente 70 a 80% dos pacientes não precisava mais internar. E aí o que fazer? Foi orientado para se fazer o atendimento das doenças infecciosas e começou muito precariamente o programa de residência médica em pneumologia e infectologia.

Rodrigo: Nessa sua época além desses programas que o senhor falou existia algum outro ou alguns outros programas de residência? Que programa de residência se ofertava aqui em Belém?

Anselmo Bentes: Eu acho que não tinha não. Eu acho que tava começando alguma coisa na dermatologia, mas eu acho que o resto não tinha nada.

Rodrigo: Além da tuberculose, quais as outras doenças nessa época ainda eram tratadas lá no Barros Barreto?

Anselmo Bentes: Fundamentalmente era a tuberculose. E logicamente tinha alguma doença que não são muito frequentes, como a pneumonia, quem estava com alguma abscesso, mas muito pouco. Mas o maior grupo era tuberculose.

Rodrigo: Sobre a equipe multiprofissional da época, tinha o que a gente conhece. Eu pesquisei na minha graduação a história da radiologia. Vi ali que o Técnico em Radiologia era qualquer um. Eles pegavam qualquer funcionário que trabalhar, dava um treinamento e ele ia fazer o raio-x. Existia isso também em outras áreas, com outros trabalhadores, ou já existe uma formação para compor a equipe que trabalhava com vocês?

Anselmo Bentes: Olha, te lembra que o Barros Barreto era um Sanatório. Tinha o laboratório destinado ao diagnóstico. Então, como Sanatório, tinha o laboratório destinado ao diagnóstico de tuberculose. A alteroscopia se fazia muito bem. Algum exame, dermatologia, bioquímica. Mas era muito precário o sistema de diagnóstico. A tuberculose centralizava no raio x e na pneumoscopia baciloscopia. Não tinha a cultura do BK, não tinha nenhuma diferenciação, o que tem hoje.

Kelly: onde entra a questão da cirurgia torácica? existia muita cirurgia torácica?

Anselmo Bentes: Tinha cirurgia torácica para corrigir a seqüela da tuberculose, então tinha equipe do doutor Almir Gabriel, que era mais ou menos cinco cirurgiões, Doutor Alexandre Santos, Doutor Isaac Benchimol. Na radiologia tinha o Doutor Virgulino, que era vice-diretor, aí tinha na fisiologia o Dr. Lúcio Ayres e o Dr. Jorge Loureiro. E antes um bocado que passaram um tempo lá e saíram, mas fundamentalmente eram esses.

Kelly: Tinha um papel central no Barros Barreto, ou era um núcleo que trabalhava assim articuladamente com pneumologista, por exemplo?

Anselmo Bentes: Olha, o Barros Barreto era um hospital independente. Aliás, Sanatório Barros Barreto e depois hospital Barros Barreto, e depois Hospital João de Barros Barreto, nome que a família solicitou. Tinha uma política de ser independente de qualquer coisa, a não ser com o Ministério da Saúde, por causa da campanha de tuberculose. Então, para você entender como é que era o hospital ele era assim: tinha um DAS que era um diretor não tinha do vice. Ele ficava direto. Então se o diretor tivesse que passar 30 dias de férias, não tinha como passar, porque não tinha o vice. Então, acredito que seja esse o raciocínio. Então, de resto não tinha nada, era tudo muito precário. Quando a gente entrou, éramos pagos com um recibo, não tinha carteira assinada, não tinha nada numa unidade de saúde de alta periculosidade, não tinha nada disso. Só depois que foi feito adequadamente, registrado em carteira. Mas, afora essa simplicidade de organograma, não tinha o principal, que era o dinheiro. O dinheiro que tinha era para pagar as despesas com água e luz telefone. Era tudo muito precário.

Rodrigo: O grosso desse recurso vinha do programa nacional de tuberculose...

Anselmo Bentes: Era de lá que vinha.

Rodrigo: Na época era o estado que administrava não?

Anselmo Bentes: Não! Era independente. Era direto do Ministério da Saúde através da campanha Nacional de tuberculose.

Kelly: Isso em que ano?

Anselmo Bentes: Isso aí começou assim. Só mudou com transformação para o Hospital Universitário, já em 1990, fim de 1980.

Rodrigo: Tem uma época que o do Estado passa o hospital para Universidade. Tenho documento de cessão do hospital do Estado para Universidade

Anselmo Bentes: Não tem.

Rodrigo: Então, na pré mudança do Estado para a Universidade...

Anselmo Bentes: Não. O hospital fazia convênios. Então o Estado dava funcionários e ele dava alguns recursos, tudo muito pequeno é só verificar os documentos. E, logicamente, a questão do recurso...com esses recursos não podia desenvolver obras no Barros Barreto. O lado leste tinha dois pavimentos. O pavimento três não chegou a ser concluído. Só funcionava até o segundo. Era tudo muito antigo, não tinha como não tinha como funcionar para muita gente porque eram dois prédios e tinha um novo, mas não tinha recurso para manutenção. Então, só havia as duas escadas. Era um horror a questão da infraestrutura. Agora, apesar de tudo isso sempre teve uma força enorme dentro da equipe que tocou o hospital até ele ser

referência para o Brasil inteiro, na região toda. Só que era ruim. Era “referência” para os outros estados. Só um adendo: vocês estão cientes de que a política de tuberculose havia instituído o Sanatório em todas as capitais. Havia um mega projeto no hospital. Havia outros hospitais como ele que também tiveram problemas, como do Rio de Janeiro. Problema em todos. No Rio de Janeiro até hoje lá em Cariacica, como é muito longe, e aí não foi adaptada adequadamente à época. Não sei como tá hoje. Eu espero que esteja bem, mas sempre foi maternidade, pediatria. Não tem o histórico. A Santa Casa [do Pará] tem um histórico de maternidade e neonatologia. O resto é adendo, o que se desenvolveu em cima do histórico.

Rodrigo: Essa mega natureza. O porquê dessa dificuldade de encontrar quem gerisse toda essa estrutura é devido ao desinteresse dessas grandes empresas, explica um pouco essas mudanças do Ministério para o Estado.

Anselmo Bentes: Ele nunca foi do Estado! Há registros. Não é birra minha não, é histórico. O Sanatório foi sendo projetado a medida da incidência, ou melhor, da prevalência da morte por tuberculose, porque, para que era o Sanatório? O tratamento de remédios não prestava, tinha uma recidiva de 30% a pirazinamida, remédio que foi o primeiro. Depois a quacertazona mais para 30%. Então os pacientes foram para os hospitais, tanto que antes eram chamadas hospitais de isolamento, parece leprosários - que coincidência, é o mesmo vacilo micro bactéria lepra micro bactéria tuberculose. Então o Sanatório foi feio em função disso. Cada estado tinha Sanatório. Por exemplo de Alagoas, Sergipe eram melhores que esse aqui mas todos tinham em um programa porque não tinha naquele momento para melhorar a infraestrutura. Nem depois quando foi desfeito Sanatório.

Kelly: Vocês chegaram a receber pacientes, por exemplo, do Juliano Moreira para tratar a tuberculose?

Anselmo Bentes: Um ou outro. Não era muito comum não.

Rodrigo: A Elisa Sá foi gestora antes do senhor. Quando ela foi gestora?

Anselmo Bentes: Anselmo eu fiquei 30 anos entre 76 e sai em 2000. Ela foi diretora em 1997. Aí ela entrou quando o hospital tinha, com a ação do presidente Collor, mandado demitir o diretor e a Isa se tornou a diretora. Ela foi demitida então não tinha nem uso de DAS. Aí o mais graduado naquela altura era Dr.^a Leila Rocha, que foi ser diretora. Pegar o pepino de tocar a unidade. Não tinha orçamento, não tinha dinheiro para nada. Bom, e então: o hospital vai para o município, vai para a universidade, vai para o estado? Colocaram isso como decisão no Ministério da Saúde. E nós fomos atrás da universidade, porque o município sequer tinha nada de hospital; do estado a gente sabia também das dificuldades e a intervenção política dos hospitais. Optamos por procurar o Reitor na época, que era o Doutor Nilson Pinto de Oliveira. E aí foi que nós chegamos na universidade. Logicamente que aí tem as brigas políticas as brigas das brigas de grupo passa não passa, faz e desfaz. Então a primeira coisa que ela fez foi chamar o pessoal para uma reunião porque ela sabia que não tendo o orçamento e não tendo fonte de financiamento era impossível fazer qualquer coisa, tanto que a quantidade que funcionários tinha era ínfima, não dava para trocar o hospital. Então, o que foi dito: o hospital tem que abrir leitos e tem que se virar. E com isso se autogerir. Aí o pessoal da UnB veio aqui na Reitoria da Universidade, no Barros Barreto e foi visto aqui que não dava, que tinha que ter mais ajuda, mais orçamento e colocar uma pequena quantidade no orçamento, porque a dificuldade com os políticos era o bota-tira, eles não

deixavam entrar, como continua até hoje, né? E aí sempre foi o problema de infraestrutura, a falta de orçamento até hoje. Mudou-se alguma coisa. Mas, tá lá, não tem dinheiro para fazer a infraestrutura, os pisos arrebentam, teste aqui porque não pode funcionar laboratórios, banheiro não funciona, uma desgraça uma desonra.

Rodrigo: Na época de sua gestão o senhor também passou por essa dificuldade?

Anselmo Bentes: Rapaz, eu era o vice da Isa [Elisa Sá]. E logicamente a Isa saiu e foi ser Secretária de Saúde do Estado. Eu fui o escolhido “pra” substituir. Não foi o pedido, foi ele que pediu e eu fui escolhido. E deu confusão, porque os grupos eram muito forte e não me queriam. Eu não era professor. Os professores, o Sindicato, os próprios colegas, cada um com a sua razão. Eu era o grande vilão da história e não era para tá lá. Qualquer um professor, menos eu. Eu fiz o meu trabalho com toda essa situação, todo mundo querendo ser alguma coisa mas não queriam o ônus, só queriam o bônus. E aí não teve jeito. Foram dois anos e pouco que eu passei lá. Minha saúde foi para o brejo. Mas tem algumas coisas que precisam ser registradas. Bom, não houve diminuição de leito, não fechou leito nenhum, o programa de residência continuou, continuamos atendendo todo ambulatório, tudo que tava antes continuou. A partir do penúltimo semestre eu saí. A gente recebia um milhão de reais cada trimestre. Quando chegou em Julho mandaram avisar que tinha acabado o meu dinheiro porque eu recebi duas fontes, era verba do orçamento, que era um pouquinho, e o que a era dado pelo Ministério da Saúde. Bem, disseram o seguinte: “é porque foi Brasília que enviou, e o senhor recebeu de duas fontes, e não pode mais ficar”. E os políticos com aquela educação própria do político que tem o poder do mundo. Nós fomos com deputado. A Ana Diniz me e orientou fomos, lá falamos tudo. No outro ano, no outro trimestre o dinheiro voltou, mas eu já ia sair. Essa é a minha interpretação, eu saí em julho. Mas teve algumas coisas muito, muito especiais: quando chegou nossa parte tivemos que cortar comida dos funcionários. O negócio estava difícil. Aí o pessoal da Ceasa mandou perguntar se eu aceitava uma doação que eles queriam fazer. (Pausa. Emoção.). Rapaz, até hoje isso me emociona. Mas estava tudo lá, tudo que tu possa imaginar: fruta arroz feijão “pra” dois meses deu para dois meses. Foi quando tava terminando. Assim, uma sexta-feira a gente estava até quatro horas. Foram dizer: “Aí Doutor tem um carro aqui que tem um grupo de pessoas que vem fazer...(Choro). Desculpa o choro. Era o pastor Euclides, da Igreja Universal. Foi muito legal. Também o Secretário de saúde da época, era o governo do Doutor Almir Gabriel, doou, aí foi o governo, né? medicação para dois meses. Aí nós conseguimos chegar no fim do mandato.

Rodrigo: O senhor lembra de quanto tempo o senhor ficou na gestão? De que ano a que ano o senhor ficou na gestão?

Anselmo Bentes: Só sei que a Célia era vice-reitora. Terminou 97 acho. Acho que começou em 1995, por aí. Pois é, afora as dificuldades inerentes a, ao corpo clínico que um é professor e outro de serviço, e logicamente eu assisto e eu dou aula e eu não vou pegar o teu aluno eu não vou pegar o teu doente a força, mesmo com as dificuldades o Hospital caminhou. Quando eu saí estava tudo funcionando igual como quando eu entrei. Acho cada vez foi piorando mais a infraestrutura, arrebentava o chão e pipocava. Quantos anos? Foi terminado em 1976, então tem mais de 30 anos o prédio. Então sistema de vapor para poder chegar à lavanderia e esterilização é um sistema antiquíssimo, mas o que se podia fazer? O sistema de caldeira era um sistema antiquíssimo, era um inferno quando dava prego. Entrava óleo não sei das contas da Petrobras para poder garantir a eletricidade e o fornecimento de gás porque não pode

funcionar cozinha, o setor cirúrgico da esterilização e tudo com a mesma dificuldade. Por que? Porque não foi feito uma engenharia e arquitetura eficiente para resolver na transformação de sanatório para hospital de doença infecciosa. E o que foi feito é que o Doutor Alexandre conseguiu o dinheiro e foi feito uma lavanderia moderna porque era um inferno lá...eu nem me lembro como ela era, mas era uma porcaria de um subsolo. Logicamente, a maquinaria obsoleta nunca foi mudado. Já dizia o Marx: a gente tem que mudar os meios de produção para poder ter um bom produto e a transformação da história tá aí. Então a gente conseguiu isso. Mas era um negócio apertadíssimo. Uma hora lá teve que se contornar as paredes lá porque era encostada no muro e não passava nada, não passava a gente. Enquanto isso a cólera foi atendida lá e ninguém morreu. A Cólera foi 1991.

Rodrigo: Os males Cólera poderiam elevar poderiam o óbito, não era só o acometimento...
 Anselmo Bentes: Olha, a cólera é uma doença aguda que dá. O sintoma fundamental é diarreia e mata por desidratação em poucas horas. Não adianta ter antibiótico porque o problema é o líquido. E aí a gente atendeu lá. Foi na administração daí nesse daí Isa. Outra briga política: o Estado queria (agir), aí foi preciso fazer uma reunião no Barros Barreto com o Governador, porque ela já tinha que esclarecer. Foi uma cagada, uma briga pelo poder, o poder querendo espaço para ter o poder.

Rodrigo: Nessa passagem por lá, na época que o senhor foi o gestor, essa mudança para hospital infectocontagioso, o senhor sabe dizer quando a Universidade passa a ter esse vínculo, a ser responsável por lá? A gente coloca no começo que existiam poucas residências, ou seja poucas possibilidades de se especializar. Eu queria que o senhor falasse um pouco sobre os cursos que existiram lá, sobre as especializações e sobre os estudantes que passaram pela Extensão no Barros Barretos.

Anselmo Bentes: Olha, os cursos que foram adicionados à Residência Clínica Médica, que para mim isso é uma novidade, porque todos nós saímos como médicos clínicos quando termina o curso. Agora resolveram fazer a Residência em Clínica Médica...começou alguma coisa mas não foi assim um programa. Lá teve seus programas de Pneumologia, Infectologia, aí eu não tenho certeza, mas parece que teve alguma coisa de Pediatria. Mas não teve muito programas mais não.

Kelly: A gente andou fazendo uma pesquisa e descobriu que o Barros Barreto serviu como laboratório de experimentos para o desenvolvimento de uma droga contra a malária. Vocês participaram desse experimentos com medicações e testagens?

Anselmo a droga era nefroclínica e foi um programa na época que era que era hospital de doença infectocontagiosa. Era época do Doutor Alexandre. O Barros Barreto cedeu o espaço para ser testada essa droga, mas foi feito o estudo para quem patrocinava que era que era a OPAS e o Ministério da Saúde. Que eu me lembre a gente não chegou nem usar o resultado desse dessa atividades.

Kelly: E da Tuberculose, vocês participaram do desenvolvimento das drogas? E o tratamento passou a ser ambulatorial? Como o Barros Barreto participou nesse processo de desenvolvimento das medicações?

Anselmo Bentes: Meu bem que tempo eu tive no Barros Barreto como gestor você era vice? (Perguntando para a esposa a Dr.^a Zélia Amador de Deus).

Zélia Amador de Deus (Esposa de Anselmo): Eu saí em dezembro de 97 até 98.

Anselmo Bentes: Eu saí em julho de 97.

Rodrigo: Você se lembra até o ano que vocês ficaram, mas quando você iniciou você não lembra bem.

Zélia Amador de Deus (Esposa de Anselmo): Do Nilson eu lembro que foi em 1993 foram. Forma quatro anos. Aí entrou a Isa. Foi antes, porque ainda era o Nilson na Reitoria. Quando ele entrou. Tem que ver isso lá, quando é que o Nilson recebeu Barros Barreto. Isso está documentado, tem tudo isso anotado, registrado, porque foi o Nilson que nomeou a Elisa na Direção e o Anselmo na vice. Depois a Elisa ficou sozinha.

Anselmo Bentes: Já foi depois. A Isa ficou sozinha durante quanto tempo? Foi um breve tempo. Logo em seguida o Anselmo assumiu e foi até...sei lá não lembro mais. Na verdade, o Nilson não nomeou ninguém. Primeiro foi o Ministério da Saúde. A Leila não tem nada com isso. Foi o Ministério da Saúde que botou, a Leila já estava no processo porque o Nilson demitiu a Leila porque a Leila estava trabalhando contra Universidade. Mas é uma briga do poder, com os grupos. Quando o Nilson percebeu que a Leila não “tava” percebeu que a Leila não tava...

Zélia Amador de Deus (Esposa de Anselmo): O Anselmo estava de férias. Aí o Nilson chamou Isa e em seguida ele chamou o Anselmo. Essa é história. Agora, ele tem tudo documentado na Universidade Não sei onde. O Governador era o Almir Gabriel. A Isa foi Secretária de Saúde do Estado. Quando ela saiu o Anselmo ficou na direção e o Anselmo ficou na direção até que o Almir Gabriel se elegeu Governador. Esse material, tem todo documentado na Reitoria o Ministério da Saúde que “abriu mão” de todos os hospitais do Brasil ficou só com um no Rio e o outro em Brasília o resto já abriu mão só no Rio.

Anselmo Bentes: E era política de se desfazer de encrenca e de dinheiro.

Esposa de Anselmo: Aí passou um tempo integral para o Ministério da Saúde. Mas não passou o financiamento. Essa foi a questão. O problema dos hospitais universitários é no financiamento. Hoje foi criada essa empresa que é que está lá em todos os hospitais universitários do Brasil essa empresa que gerencia, a EBSEH.

Rodrigo: A gente encontrou uma matéria de jornal da época do Nilson que falava sobre o conflito na Santa Casa...

Zélia Amador de Deus (Esposa de Anselmo): Aí é outra coisa que não tem a ver com o Barros Barreto.

Rodrigo: Só contextualizando: é que a Universidade estava interessada em manter a Residência na Santa Casa. Mas aí já tinha a UEPA e os residentes deles. Ficou difícil a Universidade manter seus residentes e aqueles problemas lá de “esse aqui é meu estudante, mas esse aqui é meu paciente”. Isso existia lá também na Santa Casa. E a UFPA também tinha esse projeto de um hospital universitário. Pelo que a gente viu o Bettina Ferro seria o Hospital Universitário da UFPA. O que o senhor sabe sobre isso?

Anselmo Bentes: Sabe qual o problema? Os custos. Lá meter uma espiga de 5 m custa, só para comparação aqui fora custa 10, lá custa 100. Então, foi logo descartado. No início, quando veio o pessoal da UnB, foi descartado porque não tinha como e nem dinheiro para fazer o que era a recomendação do engenheiro, que era fazer uma grande bacia para poder construir o hospital, subir. Então, lá não pôde ser feito por causa disso, tudo muito caro; era mais barato fazer fora.

Rodrigo: O Bettina é só um pedaço do prédio, pedaço da maquete, não é todo hospital. Cancelaram devido a alguns problemas, a questão dos conflitos dentro do Barros Barreto de gestão para manter a questão dos recursos. Aí apareceu a possibilidade da Universidade, da UFPA, de ficar com o hospital, aproveitando a dificuldade que ela estava tendo de manter as suas residências.

Zélia Amador de Deus (Esposa de Anselmo): As Residências da UFPA dos cursos de medicina e alguns cursos de saúde que tinham algumas práticas na Santa Casa. Porque tinha encontrado para Santa Casa. Aí, como não tinha mais como a Universidade manter o contrato com a Santa Casa, a universidade tentou providenciar um local para poder manter suas residências.

Anselmo Bentes: Isso é bastidor não tenho informação sobre isso. O que eu sei sobre isso é que, como estudante a Santa Casa tinha um contrato com a Universidade. A Santa Casa era uma lástima e a Universidade nunca pagou nada e sempre usufruiu. E, àquela altura, o entendimento do Hospital Universitário ainda era aquele que o paciente entrava para ser atendido pelos alunos, para eles aprenderem a fazer diagnóstico. Era o chamado “indigente”: ninguém sabia nada, ele não podia falar nada, ele ficava na Santa Casa e quem tomava conta era a Universidade e uns professores. A manutenção da estrutura era da Fundação da Santa Casa de Misericórdia, que tem o subsídio para manter. Mas a questão da residência eu acho que tinha lá na Santa Casa Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria.

Rodrigo: Tinha o tijolinho...

Zélia Amador de Deus (Esposa do Anselmo): O tijolinho era o lado da 14 que foi uma tentativa de melhorar o atendimento era da Universidade. Lá funcionava a dermatologia com o Doutor Domingos.

Anselmo Bentes: Não meu amor. O Dr. Domingos funcionava no casarão que a entrada era pela Bernal do Couto e depois foi desmontado. Era um bangalô inglês todo de ferro. Muito bom o serviço lá da dermatologia. Enquanto teve dinheiro. O Domingos registrava os casos todinhos e apresentava no congresso, mostrava para os professores. Era excelente.

Rodrigo: O senhor pode falar dos últimos anos do seu encerramento lá no Barros Barreto?

Anselmo Bentes: Eu comecei sendo médico trabalhando lá no ambulatório de tisiologia que era da tuberculose. Depois passei para a seara administrativas. Fui médico plantonista, participei do foi chamado Macronúcleo de Controle Regional da Tuberculose. O que era isso? Era um grupo formado na época do Sanatório em que o Barros Barretos centralizava as informações dos Estados. Cada estado tinha essa autonomia e era ligado ao Ministério da Saúde, pelo menos no programa de pessoas. Aí eu e o grupo participamos e depois eu fui seu chefe e fizemos um trabalho muito bom, porque nós tínhamos informação de 200 casos por ano. Aí no outro ano era 900 casos. Com isso a gente frequentava o Brasil inteiro. Tinha

encontro para trocar informações e com isso alguma melhoria nesse ponto. Com vem a história de ir para administração de vez, mas sempre que saia da administração eu voltava para assistência. O que eu posso dizer de tudo isso é que me deu um grande orgulho de ter trabalhado no Barros Barreto. Quando teve a mudança, sabe aquela história de quando briga namorado depois se encontra, aquele negócio assim sabe quem tá ali. Eu não era professor, mandavam dizer para o Reitor que eu não era o candidato para ser o chefe da Saúde por causa disso. Eu disse para eles: eu nunca pedi nada, eu fui escolhido. Mas a pressão era tanta que naturalmente fui escolhido para ser. Eu dizia que não queria nada, que eu tinha sido escolhido. Eu dizendo “não quero nada a não ser que tenha sido escolhido”. *[trecho suprimido]*. Aí a gente voltou e todos nós já estávamos mais educados, mais politicamente acertados... Mas, trabalhamos a cabeça, passou o tempo, a sociedade muda, ficamos bem. Teve a doença dela. Ela morreu e eu fiquei lá, toquei a atividade de lá sem maiores cargos. *[trecho suprimido]*.

Rodrigo: Aí fica rotulado.

Anselmo Bentes: *[trecho suprimido]* Meus grandes amigos foi meu vice, Doutor Pardal, meu chefe demonstrativo Doutor Leste a minha chefe de pneumologia Dr.^a Neusa. E aí eu vou contando *[trecho suprimido]*. Diziam: “rapaz, entrega teu lugar”. Doutor Almir Gabriel disse uma vez: “Anselmo enxergou longe a cagada da mudança da Lei no país, a porrada. Ela não vai passar para Universidade”. Naquele momento eu ganhei uma inflamação na vesícula, já operei e, 1991. No ano 2000 tive que me operar o pâncreas. Ganhei essa: estou diabético e hipertenso com 76 anos esforçando para chegar nos 80. Ainda trabalho, na Cidade Nova no meu consultório e tem meus clientes.

Rodrigo: Doutor, muito obrigado.

Anselmo Bentes: Vê aí alguma coisa que precisa, as fontes que vocês pesquisar. Não tem mais Delegacia Federal de Saúde, mas tinha lá sobre o início do hospital, que foi em 1950 a pedra fundamental. Aí ficou o esqueleto. Lá o Doutor Almir Gabriel começou a revigorar, tanto que o Barros Barreto e o Doutor Gabriel andam juntos. Devem a ele sim essa trabalho todo. Claro que ninguém consegue sozinho, mas esse entendimento de quem conhece o hospital e que fosse ajudar as pessoas era ele. Ele não tinha essa vaidade de que fosse reconhecido por isso, *[trecho suprimido]* É assim que foi. Agora, agora você pode perguntar: “tá” melhor? Tá pior? “Tá” melhor, com todas as nossas dificuldades. Mas talvez até piorasse. Mas lá atrás não foi a beleza que conta e teve todos os percalços e tem a questão que ninguém gosta de falar essa história de “eu não gosto de ti tu não gosta de mim”, aí aquela merda toda enquanto instituição porque a minha visão quando teve a mudança era que a gente separasse quem tinha a instituição para cuidar, tanto que eu poderia ter largado a minha família. A minha família tinha a posse eu podia ter ido embora para São Paulo para algum lugar, mas eu entendi aqui quando eu cheguei no Barros Barreto Barros Barreto foi na identificação do como fazer saúde. *[trecho suprimido]* Mas fiz umas coisas bonitas lá ó adoro árvores aquele estacionamento lá. Foi tudo na minha mão que de beijar mísero *[sic]* que estão lá as árvores que estão duas ou três e uma que cortaram para fazer um apendicezinho. O único eucalipto novo que tem lá fui eu que plantei a mão plantamos aquela parte lá de baixo que a gente mudou tudo, foi através da minha ação.

Rodrigo: Tem um colega seu que foi ambientalista que trabalhou lá eu esqueci o nome dele ele morreu tinha 92 anos 93...

Anselmo Bentes: Ah, o Camilo Viana. [*trecho suprimido*] ele plantou muito na Universidade. É que ele era empírico, ele não se aprofundou em fazer divulgação de formar conteúdo em cima do que todo mundo ia fazer, que era plantar árvore. Por que plantar árvores? Porque tira um bocadinho [*trecho suprimido*] do ar, porque protege a terra, porque faz a terra ficar mais forte. Na história de ambientalista... “tá” aí, quase ninguém fala mesmo, né?

Rodrigo: Doutor Muito obrigado pela sua entrevista pelo seu relato pela contribuição pela sua emoção muito bonito esse resgate que o senhor faz e foi um prazer a gente ter vindo aqui e conhecer o seu quintal seu cantinho lindo, muito bonito mesmo.

Anselmo Bentes: E você gostou Kelly?

Kelly: Eu gostei muito muito do sentimento. A história é isso, é sentimento que a gente busca na memória e também o que a gente sente, sentiu, sentimento de mundo que a gente busca condensado em um relato. É muito bonito. Eu acho que vai ficar um trabalho primoroso. A gente lhe agradece, à sua memória, poder relembrar e compartilhar com a gente.

Anselmo Bentes: Com certeza.

ANEXO C -

MIRANDA, Aristóteles Guilliod de. Entrevista concedida a Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento. Belém, Pará, 24 jul. 2022.

Transcrição da Entrevista com Dr. Aristóteles

Sou Marcos Conceição Nascimento, do curso de história da pós-graduação e História Social da Amazônia, do mestrado em história da UFPA. Estou construindo uma dissertação sobre a história do Hospital Universitário Barros Barreto e estou entrevistando o funcionário do Barros Barreto Dr. Aristóteles Guilliod de Miranda.

Aristóteles: Só um detalhe já estou aposentado desde 2019

Marcos: Importante. Hoje é dia 9 de março de 2022. Qual o seu nome completo do doutor?

Aristóteles: Aristóteles Guilliod de Miranda.

Marcos: O senhor nasceu onde?

Aristóteles: Nasci em Belém, em 30 de janeiro de 1954

Marcos: Senhor tá com quantos anos?

Aristóteles: Com 68 anos

Marcos: Quando e onde o senhor realizou a sua formação acadêmica?

Aristóteles: Fiz medicina na UFPA. Fiz residência em cirurgia vascular no Rio de Janeiro e voltei para Belém. Aqui eu fiz depois uma licenciatura em Letras, fiz um Mestrado em Letras e o mais adiante Doutorado um Doutorado em biologia e parasitologia de Agentes infecciosos numa linha de pesquisa que a gente podia chamar de Epidemiologia e História.

Marcos: o senhor pode precisar mais ou menos a o tempo da sua formação quando se formou, em que ano?

Aristóteles: Eu me formei em dezembro de 1977.

Marcos: A formação da graduação?

Aristóteles: Sim a formação na graduação.

Marcos: E depois as outras formações, especializações?

Aristóteles: Eu estudei 3 anos, de 1978 a 1979, 1980. Depois voltei para Belém em 1986. Em 1991 eu fiz a licenciatura em letras e 1993 eu fiz Mestrado em Letras e o Doutorado eu fiz em 2010/2012.

Marcos: Mas o senhor entrou no Barros Barreto em que ano?

Aristóteles: Eu entrei no Barros Barreto em 1993, inicialmente contratado pela FADESP. Aí eu fiz concurso para Universidade em 1995, mas não para ser professor do curso de medicina, e sim para ser médico de serviço de cirurgia do hospital, onde tem alguma atividade docente assistencial. Então eles passavam por um departamento afeito à cirurgia vascular. Então eles rodavam por ele.

Marcos: Nessa época existia a residência médica aqui em Belém nesses hospitais, ou não?

Aristóteles: Olha, eu não sei te precisar, mas eu até lembro que tem alguma coisa pelo Ophir Loyola. Tem uma residência em 1972, 1973. Mas o grosso, quer dizer, cirurgia e outras, especialidades não havia. O Barros Barreto também tem uma história voltada para residência anterior, ainda fora dos moldes da comissão nacional de residência médica, da legislação de residência. O Barros Barreto teve alguns médicos formados no hospital numa residência digamos assim não oficial. A residência oficial aqui, não é bem de certeza, mas ela é dos anos 1980.

Marcos: Antes de se tornar Hospital Universitário, o senhor não lembra se havia residência lá?

Aristóteles: Pois é, tem informações. Por exemplo, o pessoal que faz pneumologia, o hospital começa a funcionar em 1957. Isso já foi informações não presenciais, ele começa a funcionar em 1957, mas só vai funcionar efetivamente 1958, 1959. Então, o grosso era pneumo. Na verdade, o grosso era tuberculose, e tinha alguns cursos que a faculdade dava que eram de extensão. E tinham aqueles médicos que tinham feito o curso fora e trabalhavam e acabavam treinando, dando uma certa formação para os médicos que trabalhavam lá, os médicos que passaram a trabalhar no hospital. Eu sei de médicos que foram formados pelo menos na cirurgia de tórax...o André Vale e o irmão dele, o Ricardo Vale, eles são cria de Almir Gabriel, do Benchimol, do pessoal que fez cirurgia torácica. Foi quem implantou o serviço aqui, mas não nos moldes do que se conhece hoje como residência, na legislação, com carga horária e tudo isso aí.

Kelly: E a SESPA, Secretaria de Estado de Saúde do Pará, ela tinha uma participação nas formações?

Aristóteles: Não sei dizer. O que eu sei é que o hospital, ele no começo é vinculado ao serviço do Governo Federal no negócio que eles chamavam de Campanha Nacional de Tuberculose, por conta disso, por motivos óbvios. Então, criou uma categoria. Foram contratados profissionais para trabalhar nessa Campanha Nacional de Tuberculose. Depois ele foi encampado pelo Ministério da Saúde, não me pergunta quando. E bem mais tarde ele passa para Universidade.

Marcos: Da época tem lembrança se hospital já contava com uma equipe especializada bem estruturada?

Aristóteles: O Barros Barreto, para mim, ele passa a existir em 1993, quando eu fui trabalhar lá. Até então eu sabia que tinha um antigo Sanatório e tal, mas, assim não tinha nenhuma informação básica. Então quando eu fui trabalhar lá é que eu comecei a me inteirar. Uma primeira coisa que me chamou atenção era a foto chamava atenção era a foto do Noel Nutels dando nome ao centro de estudos e eu perguntava: “quem era Noel Nutels?”. Aí respondiam: “Ah, eu não sei e tal”. “Então porque que ele dá nome ao Centro?” “Ah, não sei”. Então, já não tinha história no hospital. Ele já tinha passado para Universidade. Se eu não me engano,

passou a participar universidade em 1990. Eu sei que assim a residência de cirurgia ela vem para aí. Salvo engano, em 1991 ela começou a funcionar na Santa Casa. Aí veio para o Barros Barreto e aí nesse meio tempo o hospital passa para Universidade. E aí eu fui trabalhar por outras questões. Fui contratado por outras questões para trabalhar para atender pacientes com acidente ofídico e depois fiz concurso. E fiquei trabalhando lá agregado no departamento de cirurgia.

Marcos: Quando o senhor trabalhou lá estava humanizado o quadro de pessoal na época?

Aristóteles: Não tenho a mínima ideia.

Marcos: Ok. A equipe já era multidisciplinar, como nos dias de hoje? Por exemplo, já contava com médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais e outros?

Aristóteles: Pelo que se ouvia falar, sim. Agora, como é que isso era estruturado no programa e tudo mais...

Marcos: Os trabalhadores do hospital provinham de alguma instituição escolar, por exemplo onde realizavam graduação? Esses profissionais faziam parte do hospital?

Aristóteles: Não sei dos médicos, porque o hospital depois que passa para a Universidade ele começou a ter ele passou a receber outros tipos de funcionários. Então, assim, o fulano de tal era funcionário da SESP cedido para o Barros Barreto. Ele era funcionário do hospital, não é que ele era para o Hospital Universitário. Quando passa para Hospital Universitário o modo de admissão passa a ser concurso. Mas como a burocracia era muito grande é ainda, então a FADESP, ela era uma espécie de ponto de apoio, precisa contratar um cirurgião vascular amanhã e vele era contratado via FADESP. Na prática, eu era funcionário CLT da FADESP, trabalhando no Barros Barreto. Nesse meio tempo, em dois anos foi aberto concurso para o que eles chamam de corpo técnico-administrativo. Não é docente. Aí foi aberto com... para médico de várias especialidades, entre as quais a cirurgia vascular, foi o que eu fiz passei e fiquei E aí passei para o hospital da universidade, passou gente para enfermagem, para nutricionista. Eu sei porque eu devo ter ainda O Diário Oficial o documento que a gente tinha era o Diário Oficial até sair uma Portaria.

Marcos: Havia médicos oriundos da Santa Casa de Misericórdia atuando no hospital nessa época?

Aristóteles: A residência de cirurgia da Universidade era ligado ao curso de medicina e funcionava na Santa Casa. E quando passou para ir para Barros Barreto todos passaram para o Barros Barreto. Mas eu não sei dizer se alguém que era funcionário da Santa Casa atuando no Barros Barreto.

Marcos: Nessa época eles já tinham residência?

Aristóteles: A residência de cirurgia já estava aí.

Marcos: Como era a convivência dos funcionários vindos da Santa Casa com os profissionais vindos da Universidade para dentro do Barros Barreto? Existia algum conflito de autoridade entre os trabalhadores?

Aristóteles: Ah isso aí fica prejudicado, porque como eu te falei a própria Santa Casa ela não tinha muitos médicos muitos funcionários. Você até trabalhava lá, mas pela SESP, pela SESMA, pela Universidade. Depois é que ela foi montando um corpo Clínico. Assim, mas na prática eu convivi com colegas que eram da SESP e da universidade e tal e não havia conflito, não lembro de ter visto discriminação nem nada disso.

Marcos: O que o senhor tem memória dessa época além do que você já falou dessa cessão, da mudança? O senhor disse que ainda não estava lá, mas na época o senhor lembra desse acontecimento?

Aristóteles: Como eu não tinha vínculo Universitário nem nada eu não vivia esse dia a dia entre Universidade, no caso da Santa Casa. Quando eu vim para aí a coisa já tava, já tinha acontecido.

Kelly: O senhor falou muito da questão da cirurgia torácica no Sanatório Barros Barreto. Minha pergunta é: essa cirurgia torácica era feita em paciente tuberculose ou feito em paciente não tuberculose?

Aristóteles: O grosso era tuberculose. Com advento das medicações e tudo e com as mudanças de políticas de saúde é que houve mudança, mas a história conta que o paciente tuberculoso ele era internado para tratar tuberculose, receber medicação quando ficava internado meses, anos, e em algumas situações era necessário fazer cirurgia para tirar aquela parte do pulmão ou um derrame pleural ou alguma coisa assim pela cirurgia de tórax. Era tecnicamente era para Tuberculose, para paciente tuberculoso, por que era o grosso da clientela, vamos dizer.

Kelly: Qual eram assim os maiores ações médicas que estavam atendendo no momento em termo de reabilitação de paciente tuberculoso vindo da cirurgia? Qual era a terapêutica?

Aristóteles: Olha, não é minha área, mais a gente sabe que tem um esquema terapêutico com medicações o esquema do sistema 3, com medicamentos e seu paciente não tem resistência tem outras drogas de segunda opção e tudo. Mas não era minha vivência. Eu ouvia falar. Para mim, eu não sei te dizer como é que funcionava.

Marcos: Nessa época, por exemplo, o senhor era cirurgião vascular, então o senhor tratava algumas os males associados...

Aristóteles: Sim, basicamente o paciente com picada de ofidismo. Fui contratado especificamente para isso. Nunca pensei em trabalhar no Barros Barreto. Nunca foi meu ideal de vida. Nada contra, mas eu não tinha porquê. Logo eu cheguei aqui eu até fui atender alguns pacientes mas sei lá, meio cortesia ou porque não tinha profissional desse tipo lá e tudo. Tinha algumas doenças, aí ele já tinha o hospital que era voltado para doenças tropicais, já não era mais só Pneumologia ou Tisiologia, já tinha Doenças Tropicais, Pediatria, Clínica Médica. Mas o forte era Doenças Tropicais e a parte de pneumologia que é a cirurgia. Ela é pequena, ela tava pequena. A cirurgia de tórax ela ainda tinha um poder inclusive administrativo, e depois com tempo, os profissionais que eram da cirurgia de tórax foram aposentando e tudo mais. E a cirurgia geral foi assumindo as posições lá. E a cirurgia de tórax, por razões óbvias, também mudança de perfil de paciente, ela diminuiu.

Kelly: E qual era esse perfil anterior e o novo?

Aristóteles: O anterior era o paciente tuberculoso que precisava de tratamento cirúrgico. Hoje ainda tem tuberculose, mas esses pacientes geralmente estão fazendo tratamento ambulatorial. Eles vão no posto de saúde, leva a medicação para o mês aí no mês seguinte voltam. Mas ele só é internado quando tem intercorrências, dependendo da lesão, se o paciente tem hemoptise, vomita sangue, o que pode até matá-lo, vai dar anemia então é uma necessidade de um tratamento mais eficaz e que seja internado, aí ele interna. Mas nesse meio tempo, o que que houve de mudança... também o próprio hospital passou a atender com câncer. Então você tem um câncer de tórax, câncer de pulmão e tal é isso que eu considero como mudança de perfil.

Marcos: Diversificou.

Aristóteles: Sim, considerando inclusive que era o paciente tuberculoso, ele precisava muito de cirurgia. Hoje, de lá para cá ele vai precisando. Então, por todos esses motivos a conduta da medicina em termos de cirurgia de tórax, ela foi mudando também. Eu tinha, até um tempo desses, eu doeí o livro, era um cirurgião de tórax de São Paulo que fala que nos anos 40 as coisas nos Estados Unidos já estavam mudando, e ele acompanhou essa mudança toda. Com isso, da aplicação das medicações via oral e tudo, ele viu que aquele tipo de médico ia desaparecer e ele virou analista. Ele era cirurgião de tórax, com curso fora do país. Essas mudanças acontecem na medicina. Acontece com todos outros, se você levar em consideração que vocês são gente nova, mas antigamente você fazia concurso de datilografia, tinha provas da datilografia. Hoje você não sabe nem o que era a datilografia. Então, em todos os setores humanos hoje pode haver esse tipo de mudança.

Marcos: Já na sua época havia equipe multiprofissional que tratasse tuberculose Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, que desse apoio no tratamento de outras formas?

Aristóteles: Se tinha, mas como funcionava eu não sei te dizer. Conheci profissionais que eram da Terapia, da Fisioterapia, da Psicologia.

Marcos: O senhor chegou a perceber, ouviu assim alguma diferenciação nos profissionais que eram cedidos antes e depois passaram a ser da Universidade, que eram da Santa Casa após o Hospital João de Barros passar a ser hospital de ensino, ser cedido. Mudou a estrutura no atendimento aos pacientes? Se fala muito disso.

Aristóteles: Isso aí é uma coisa anterior a minha ida. Não sei te dizer.

Kelly: Para a tuberculose já tinha utilização de exames por imagem, raio-x?

Aristóteles: Sim. Até onde eu sei, o raio-x, como se diz, é um termo precioso na medicina, é o exame ouro para tuberculose. Era o raio-x, o exame de escarro e isso já tinha no Barros Barreto muito tempo. E das outras doenças depende em geral as doenças infecciosas. Você tem um quadro clínico que descreve Sarampo é isso, a varíola é aquilo e laboratório para tudo isso já tinha.

Marcos: O senhor passou por alguma epidemia em sua época de trabalho lá?

Aristóteles: Eu lembro de um surto que teve de cólera, e assim no hospital separaram as áreas...aquela área tá separada para receber paciente de cólera, entendeu? Mas eu não fui envolvido não trabalhei com isso, eu só sabia que tinha, assim como começaram os primeiros casos de AIDS. Eu cheguei a ir ver paciente de AIDS, por alguma complicação, uma

trombose venosa, mas eu não lidava no dia a dia, no tratamento do paciente de AIDS. Mas passei a saber que aquelas enfermarias da ala x de número tanto a tanto são para pacientes com AIDS. Que também é uma coisa, voltamos a mudança do perfil. Era aquela fase inicial de muitos pacientes ficavam internados e muitos morreram, porque não tinha os tratamentos que passar antes e depois. Hoje você tem paciente que, inclusive, se faz as diferenças entre pacientes com AIDS e pacientes portadores do HIV Positivo que vai morrer de outra coisa. Naquela época não, a AIDS era sinônimo de morte e eu sabia que tinha enfermaria X e Y porque eu cheguei a ver paciente com algum problema, alguma complicação que estava afeita a minha especialidade.

Marcos: O senhor presenciou, tomou conhecimento de alguma mudança na estrutura organizacional ocasionada por mudanças no cenário político?

Aristóteles: No tempo que eu tava lá eu lembro que o diretor do hospital tinha que ser da Universidade, tinha que ser professor do curso de medicina. Depois de algumas mudanças e tal, e atualmente. Já tem hoje, eu sei quando eu “tava” saindo tava entrando a empresa. Aí eles o Hospital foi terceirizado. E aí hoje você pode ter o diretor que não seja funcionário da Universidade, que não seja docente do curso de medicina, mas ele tá agregado na Universidade. O que significa isso na prática? Não sei te dizer, porque você pode ter um grande professor que não tem nenhum tino administrativo.

Kelly: Quando o senhor ingressou no Barros Barreto é o período de redemocratização.

Aristóteles: Sim. 1993.

Kelly: A Constituição de 1988 estabelece as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Como o senhor avalia esse período pré-SUS e pós-SUS?

Aristóteles: O SUS vem da conferência nacional de saúde. Se não me engano, de 1986. E ele vem tentando ser implantado até hoje. No hospital, você tinha paciente que era SUS que podia ser um magnata, podia ser o porteiro da esquina, ele internava nas mesmas condições. Inclusive, nas mesmas áreas físicas você não tinha apartamento, e só tinha enfermaria. Até havia, há algum determinado tempo, ainda tinha uma área como se fosse um apartamento, uma instalação individual, o que é reservado para funcionários do hospital. Isso se manteve durante algum tempo e esse funcionário, que não era só pra funcionário graduado era qualquer funcionário, que passava mal por algum motivo lá, tinha algum problema de saúde internada lá no Barros. Mas, digamos assim, todos os pacientes eram SUS. Não tinha paciente privado.

Marcos: Eu tinha feito aquela pergunta sobre mudança política porque tinha umas informações sobre o impacto do Plano Verão e do Plano Bresser, na época de 80. O senhor lembra de alguma coisa de algum acontecimento...

Aristóteles; Mas impacto em que sentido?

Marcos: É questão econômica mesmo, dos Planos, se houve uma diferenciação na atuação na saúde devido a esses Planos.

Aristóteles: Olha, tinha aquelas histórias de porque o hospital receber a verba do Governo Federal e também tinha outras fontes. A universidade, eu não sei se tinha convênio com outras entidades. Eu sei que havia várias fontes de financiamento, Ministério da Previdência e tal.

Essas fontes foram secando, né? E isso tem repercussão no Hospital. O custo no hospital desses é muito alto. Você tem um orçamento e esse orçamento é diminuído. Isso vai ter repercussão. Agora, na prática, isso aí eu não vi nada. Paciente que deixou de ser atendido por causa de falta de dinheiro não participei, não sei nada.

Marcos: Quanto tempo você trabalhou no hospital e como foram os anos finais você trabalha no hospital?

Aristóteles: Eu trabalhei de 1993 a 2019. O hospital, ele foi digamos assim, o espaço físico do hospital, ele é pequeno. Se você vê historicamente, o Barros Barreto nunca foi no hospital que foi prometido. No início, que era hospital de 800 leitos e o que funciona não chega a 200 leitos. E foram abrindo várias frentes de prestação de serviços.

Marcos: O senhor teve algum conhecimento de ações do Barros Barreto na presente pandemia do coronavírus?

Aristóteles: Eu já “tava” fora de lá.

Marcos: Tem mais alguma coisa que se acha relevante acha importante sobre a história do Barros Barreto sobre essas mudanças da atuação do hospital com Universidade incorporando o hospital?

Kelly: O senhor falou da questão que atende a pacientes de acidentes ofídicos. Qual o perfil deste paciente?

Aristóteles: Geralmente o paciente do interior dessas áreas próximas aqui do Acará, Abaetetuba. Às vezes vem um pouco mais longe. Mas em geral, é o tipo da coisa: eu atendi a complicação. Se você perguntar para mim como é que “tá” o paciente, o físico, eu não sei te dizer. Que operavam o cara que tava perna inchada porque foi picado pela cobra e aquilo levou ao comprometimento circulatório, se ele tinha que tomar umas coisas, e uma delas era altera a parte de coagulação, então não podia botar o paciente na sala de cirurgia porque ele chegou hoje. Tinha que equilibrar. Ele era equilibrado, que clinicamente é quando ele tava com hematócrito, a parte de coagulação equilibrada é que alguém, e não era eu, indicava cirurgia. Você não vai botar o paciente na sala para matar, ele pode até morrer, mas se você botar um paciente sangrando numa sala ele vai morrer na sua cara. Então, o paciente de acidente ofídico era tratado pela DIP, doenças infecciosas, e a gente ajuda nas intercorrências. “Olha tá assim, tem que operar. Ah, mas não dá, porque a coagulação dele não “tá” não tá boa”. “Agora já dá”. A gente intervinha. Agora, isso coisa sazonal, por exemplo na época quando começar a chover depois das chuvas quando começava a esquentar, aí tinha uma incidência maior. Pessoal dizia que a cobra sai do seu esconderijos e ficava, andava mais. Era quando havia mais acidente. Por que entra em contrato mas com o homem, e também vinha mais aqueles casos mais complicados de locais que não tinham o soro para ser feito na hora. Ou não tinha nunca o soro ou não tinha naquele momento o soro. Quando tinha, mas eles viram que aí já era o caso mais grave. Mas geralmente cuidavam de casos mais leves.

Kelly: Só uma última pergunta. Estudando a questão das fontes e tal a gente percebeu que Euclides de Jesus Zerbini era o referencial da cardiologia e que esteve muito presente na questão do Barros Barreto. Ele que inaugurou o centro cirúrgico e cirurgias torácicas. Como o senhor considera esse impacto dos estudos dos Zerbini na cirurgia torácica e se teve alguma relação com a sua prática?

Aristóteles: Eu vi saber eu vim saber que o Zerbini operou um garoto no Barros Barreto - por sinal esse garoto chegou a trabalhar no hospital, Guilherme, já morreu - nas pesquisas de trabalhos. O que acontece é que a cirurgia cardíaca existe no Brasil, nos Estados Unidos existe o que se chama de cirurgia cardiotorácica. Então não existe cirurgião cardíaco, assim como não existe, acho que não existe, o cirurgião torácico nos Estados Unidos, ele faz as duas coisas. A formação é diferente. Essa fase inicial da cirurgia cardíaca ela é, digamos assim, ela é muito ligada a cirurgia de tórax tanto que a formação do Almir Gabriel era de cirurgia de tórax, a formação do Elias Kalume era de cirurgia de tórax, e eles fazem cirurgias cardíacas aqui porque era novidade. O Zerbini, não posso, te afirmar mas certamente ele pode ter começado como cirurgião torácico depois, à medida que a coisa foi mudando, ele ficou com um cirurgião cardíaco. Eles fizeram cirurgia no Ophir Loyola, cirurgia cardíaca. O que era a troca de válvula que é alguma cirurgia teoricamente considerada mais simples para tecnologia da época. Mas como médico basicamente com a formação de cirurgião de tórax Zerbini, deve ter vindo aqui em congresso de Cardiologia que ainda congregava cirurgia cardíaca com a cirurgia de tórax. E o hospital, que tinha estrutura técnica era o Barros Barreto, até porque se fazia cirurgia de tórax lá. Então, talvez por isso ele tenha feito essa demonstração cirúrgica lá.

Kelly: O senhor participou de algum congresso lá na cardiologia do Barros?

Aristóteles: Não. O Barros tinha, ele fazia, se não me engano, de dois em dois anos, antes dessa mudança, parece que ele tinha um congresso do Barros Barreto, que era uma produção interna. Alguns trabalhos a gente entrou como coautor, dessa parte de cirurgia. Mais efetivamente não.

Rodrigo: Doutor, muito obrigado pelo seu relato e pela sua contribuição aí para o trabalho.

Aristóteles: Bom, espero ter ajudado vocês. Na verdade eu não vi muito onde é que eu entro nessa história, mas acho que talvez tivesse outras pessoas que fosse mais da administração, da parte de administrativo, que pudesse te dar essas informações melhores. Mas, assim, eu até sei alguma coisa por essas curiosidades de trabalho, mas eu nunca fiz parte da estrutura administrativa nem nada de conhecer o fulano e cicrano. Mas certamente outros médicos ou profissionais na seara de médicos, teriam condições, informações melhores para te dar sobre isso. Procuraram lá o pessoal?

Marcos: A gente tem em uma entrevista marcada com Doutor Anselmo.

Aristóteles: Ele pode dar muitas informações porque ele é dessa época é dessa velha guarda pré Universidade. Ele era da pneumologia, “tá” e viveu essa época. Foi ele que me disse qual era a relação que existe já, contado por um outro qual era a relação. Voltamos ao Noel Nutels. Era um médico pneumologista e ele era, na época o Serviço de Proteção ao Índio, hoje é Funai. Ele vinha para cá e “tava” no hospital, tinha lá no apartamento lá não onde, ele pernoitava lá, e aí ia para o Xingu. Tanto que tem o livro do Moacyr Scliar, “A majestade do Xingu”, e do Orígenes Lessa, “O índio cor-de-rosa”. Ele teve muita ligação com os índios e ele era um cara de esquerda. Na época da revolução, foi quem foi preso. Então a ligação dele com Barros Barreto era literalmente física ele vinha ficava. Eu não sei dele atuando no Barros Barreto prestando serviço no Barros Barreto. Talvez com o escritório do Ministério da Saúde, ele vinha para Ministério da Saúde ficava aí e daí algumas ligações ele ia para o Xingu. O Anselmo não pegou o tempo do Noel, mas ele, a Elisa, essa turma aí, Benchimol. O que aconteceu aí talvez, ele explique melhor, é que a cirurgia de tórax era só milico, com exceção

do Almir Gabriel, mas era o Benchimol, Alexandre, o André o Alexandre e o André foram oficiais de aeronáutica. Então isso é um referencial né? E o Anselmo conviveu com eles todos e certamente ele pode te dar pode dar mais informações.

Marcos: Aparentemente não. E falei com ele.

Aristóteles: Ele viveu no Barros Barreto nessa época toda. Eu acho que ele já tinha saído. Eu ainda peguei uma fase do Anselmo como diretor do hospital. Ele deve ser, sei lá, mais velho que eu em tempo de formação uns 5 anos na minha frente. Então, teoricamente, deve ter trabalhado aí até 2000, 2010. Ele se formou em 1970, 1972. E acredito que ele tenha começado nessa época aí no Barros.

Marcos: Muito obrigado pelas contribuições.

ANEXO D - CARVALHO, Vera Lúcia dos Santos. Entrevista concedida a Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento. Belém, Pará, 11 mai. 2023.

Transcrição da Entrevista com Sra. Vera

Marcos: Seu nome completo, “tá”? Meu nome é Marcos Rodrigo da Conceição Nascimento né? Sou mestrando do PPHIST que é o programa de pós-graduação em história da UFPA. Hum. E estou fazendo uma pesquisa sobre o Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Marcos: Qual é o seu nome completo?

Vera: Vera Lúcia dos Santos Carvalho.

Marcos: Muito obrigado Vera. E qual é a sua idade Vera?

Vera: Eu tenho completei a (...) em abril setenta e seis anos.

Marcos: Você nasceu aqui em Belém mesmo?

Vera: Aqui em Belém.

Marcos: E quando e onde foi que a senhora realizou a sua formação acadêmica? Foi na UFPA?

Vera: Na UFPA.

Marcos: Você lembra o ano?

Vera: Foi a turma... não estou muito bem lembrada não é mil novecentos e sessenta... mil novecentos e sessenta e seis... sessenta e sete. Por volta dos sessenta e seis... setenta. É porque em sessenta e seis eu estava no Barros Barreto. Eu comecei no Barros Barreto. Hein? Que ano? Mil novecentos e setenta e seis.

Marcos: Sete seis já estava no Barros Barreto?

Vera: É!

Vera: Hospital Barros Barreto. Eu comecei no Barros Barretos.

Marcos: Que ano?

Vera: Mil novecentos e setenta e seis. Até que seis já estava no bairro Barreto. É entrei como estagiária lá e daí eu fui caminhando..., mas, o estágio era pelo seu curso de biblioteconomia. Não.

Marcos: Como era essa história?

Vera: Foi o seguinte. Depois de formada já estava formado já estava com seis meses de formada, tá? Aí eu fui chamada pela diretora da biblioteca central, né? E..., e, ela conversou comigo dizendo que lá no bairro de Barretos querendo começar uma biblioteca mas ainda não tinha ninguém que pudesse né? Ninguém queria por conta de quê? Por conta da, do, do hospital da próprio estigma do hospital né ser um hospital de tuberculose, aí as pessoas não queriam. Não queriam ir pra lá porque achavam que podiam pegar doença, aquele negócio todo, né? E aí então eu disse que eu queria, eu fazia já seis meses que eu tava é formada, tá? Eu tinha seis meses de formada. Aí eu peguei e fui pra lá. Aí era Magali é doutora era é bibliotecária que ela era diretora da Biblioteca Central.

Vera: ...Deixa eu ver se eu lembro... o nome dela, Magali, irmã Magali é difícil de achar. Não, é uma biblioteca central. É da era a diretora da biblioteca na época, “tá”, que eu não lembro eu sei que era Ortiz Vergolino porque o marido dela era... era médico de lá sabe? Então com

quem me recebeu lá foi justamente o doutor é Ortiz Vergolino você me... me... me recebeu lá como é bibliotecária já.

Marcos: É o Vergolino que era da radiologista é o doutor isso era eu acho que sim no bairro Barreto era isso mesmo. Perfeito, “tá”?

Vera: É isso era por volta de setenta e seis ponto de entraste lá como estagiária, né?

Marcos: Foi. Depois que tu passasse a ser servidora?

Vera: Foi, passei a ser servidora depois de um ano um ano ou dois anos é... é porque eu era eu fui contra eu passei um ano como estagiária depois desse ano eu fui contratada pela campanha nacional contra a tuberculose. Continuo trabalhando lá. Continuei ficando lá né? Só que eu era contratada com carteira assinada, “tá”?

Marcos: É pela... por... pela... pela campanha [Campanha Nacional de Tuberculose] por quê?

Vera: Porque o doutor Almir Gabriel era foi transferido, saiu da direção do Barros Barreto foi chamado lá pra a Divisão Nacional de Tuberculose lá do Ministério da Saúde pra Brasília e aí depois servir pra lá. E aí quem ficou no lugar dele foi o doutor Virgulino. Entendeu?

Vera: Como diretor. É porque ele era vice e aí ele ficou como diretor. Então foi justamente nessa época que eu fiquei. Só que a doutora Socorro Gabriel ela era chefe uma das chefes lá da a da coordenadoria de pesquisa de onde a minha sessão fazia parte coordenação de treinamento e pesquisa do hospital, “tá”? E aí ela me chamou e me deu todo o apoio e eu comecei o meu trabalho lá, né Barros de Barretos. Montei a biblioteca direitinho. Fiz toda. E assim foi. Continua trabalhando lá. Continuei.

Marcos: Nossa servidora do hospital...

Vera: Aí fiquei lá. Quando foi em setenta não. Em noventa e um por aí assim o hospital passa “pra” universidade. “Pra” universidade, né? E aí eu comecei a continuei o meu trabalho só que a biblioteca ela só passou “pra” universidade depois não ela claro que ela começou a fazer parte do complexo das biblioteca da universidade.

Marcos: Sim.

Vera: Entendeu? Mais ou menos assim se eu não me esqueci eu acho que assim tá?

Marcos: É isso aí... É uma pergunta era qual foram a as tarefas de organização da biblioteca, né? Hm-huh. É além disso, né?

Marcos: Dela você contou, né? Que você fez toda a estruturação você foi a primeira bibliotecária Edna?

Vera: Fui. Não. Primeira bibliotecária.

Marcos: É quais foram os tipos de documento a ser organizados na biblioteca?

Vera: Lá foi o seguinte, quando eu cheguei à biblioteca ela ela era tinha assim um monte de livros muito grande quantidade de livro mas todos assim defasados sabe? Desatualizados é tudo de doação né? Foi doação e a doutora Socorro Gabriel chegou comigo e disse olha filha Está aqui onde que você vai trabalhar. Eu sei que não era uma biblioteca ainda, né? Então o que eu fiz? Aí eu eh era uma enfermaria que ficava no final do corredor e eu comecei ali né?

Vera: Comecei a ver os livros que eu queria, que que serviriam e os que estavam assim muito muito velhos, muito aí eu fui separando né? Mas eles tinham uma coleção muito boa de revistas médicas, assinatura mesmo, sabe? E tinha está tudo empilhado num canto e eu fui é não tinha funcionário “pra” estar me servindo.