

# PAISAGEM E DINÂMICAS URBANAS: MEMÓRIAS SOBRE O HOSPITAL BARROS BARRETO

Aderli Goes Tavares\*  
Denise Machado Cardoso\*\*  
Samuel Maria Amorim e Sá\*\*\*

**Resumo:** O objetivo deste estudo é analisar a relevância do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), da Universidade Federal do Pará (UFPA), na elaboração de narrativas acerca do município de Belém (PA), especificamente do bairro do Guamá. A pesquisa tem como base a perspectiva da Antropologia Urbana e agrega questões das narrativas orais que envolvem as paisagens deste bairro. Além da pesquisa etnográfica, recorreu-se à pesquisa documental. Evidenciou-se que o Hospital Barros Barreto é um importante ponto de referência para os habitantes do Guamá, juntamente com outras paisagens arquitetônicas, como é o caso do cemitério Santa Izabel. Desde sua fundação, o Hospital passou por etapas nas quais fora considerado como um lugar de morte e, posteriormente, se tornou um local de pesquisa e de possibilidades terapêuticas para doenças consideradas “feias” e aquelas que não apresentam iminente risco à vida.

**Palavras-chave:** Antropologia Urbana, Paisagem arquitetônica, Hospital.

## **Landscape and urban dynamics: memories about the Hospital Barros Barreto**

**Abstract:** The objective of this study is to analyze the relevance of the University Hospital João de Barros Barreto (HUJBB) of the Federal University of Pará (UFPA) in the elaboration of narratives about the city of Belém (PA), specifically the Guamá neighborhood. The research is based on the perspective of the Urban Anthropology and brings issues of oral narratives involving the landscapes of this neighborhood. The research emphasized the ethnographic research adding to the documentary research. It was evident that the Hospital Barros Barreto is important reference point for the inhabitants of this neighborhood, along with other architectural landscapes, such as the cemetery Santa Izabel. Since its foundation, the hospital went through stages in which it was considered a place of death and over the years has become a place of research and therapeutic possibilities for diseases considered "ugly" and those who do not present imminent risk to life.

**Keywords:** Urban Anthropology, architectural landscape, Hospital.

## **Introdução<sup>1</sup>**

O Hospital Universitário João de Barros Barreto é uma importante referência no município de Belém (PA) como um todo e, em particular, se mistura de modo significativo à paisagem do bairro do Guamá. Ao mesmo tempo em que é marcado negativamente pela sua origem de sanatório e morredouro de doentes, ele é revisitado como lócus de conhecimento e desenvolvimento para o bairro, por sua transformação enquanto hospi-

\* Assistente social do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), mestre em Antropologia Social pela Universidade Federal do Pará (2000) e doutoranda em Antropologia Social (UFPA/PPGCS).

\*\* Pesquisadora do Laboratório de Antropologia e do Programa de Pós-graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Pará. Doutora em Desenvolvimento Socioambiental (Pós-Graduação do Trópico Úmido PDTU/ NAEA) pela Universidade Federal do Pará.

\*\*\* Professor da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal do Pará. Doutor em Antropologia pela University of Florida Gainesville.

tal universitário. Objetiva-se neste artigo analisar a importância deste hospital nas memórias acerca da formação e desenvolvimento deste município. Observa-se, nas narrativas orais e nos documentos compulsados, que tanto o Hospital Barros Barreto quanto o Cemitério Santa Izabel são apresentados de modo complementar nas práticas atuais e pretéritas daqueles que vivem em Belém do Pará.

Localizado ao lado do Cemitério Santa Izabel, o Hospital Barros Barreto representa, no imaginário dos belenenses e pessoas oriundas de outros municípios paraenses, um lugar de perigo, de busca pela saúde diante das doenças infectocontagiosas e da iminente morte. O limite entre saúde e doença, vida e morte, centro e periferia da cidade, apresenta-se de modo tênue. Portanto, essas concepções não são binárias no sentido de oposição. Ao contrário, a fronteira entre elas está “borrada” e quase não se percebe onde acaba uma e outra começa.

O Cemitério Santa Izabel é tido como paisagem mais antiga no bairro e que guarda na memória dos moradores de Belém o papel de marco de um processo de urbanização relativamente recente, uma vez que remete ao início do século XIX, e a cidade foi fundada em 1616. Por conta do destaque deste cemitério, um dos elementos centrais nas narrativas acerca da trajetória do bairro do Guamá é a ideia de morte. Assim, a morte interliga de maneira acentuada o Hospital Barros Barreto ao Cemitério de Santa Izabel, pois este está relacionado ao adoecimento, ao tratamento realizado em ambiente hospitalar, e ao perigo e risco de não se obter êxito na busca pela saúde. Ao mesmo tempo, a morte está presente no cemitério por meio das visagens e dos santos aí adorados.

Mesmo sendo a morte um daqueles assuntos da categoria “não ditos”, “interditados” ou “ditos por meio de sinais quase imperceptíveis” ela emerge nas narrativas sobre histórias de visagens, presentes fortemente também no ambiente hospitalar. Desse modo, a morte é aqui incorporada como parte do imaginário cultural, que por meio da memória coletiva, que reconstrói momentos diferentes do Hospital Barros Barreto no bairro do Guamá.

Ao desenvolver este estudo, o método de pesquisa utilizado foi o etnográfico (Geertz, 1989), enfatizando-se o uso da oralidade (Lozano, 2009) e da memória (Pollak, 1989). O trabalho de campo (Malinowski, 1984) no Hospital Barros Barreto foi realizado de forma sistemática em 2012. Mas, a convivência no hospital ocorre há dez anos. Como técnicas de investigação de campo recorreremos às entrevistas abertas e à observação direta. Utilizamos ainda a análise de documentos oficiais referentes ao hospital.

A referência para a investigação foi a relação urbano-rural centro-periferia, discutida na perspectiva da Antropologia Urbana (Canclini, 1997; Eckert, Rocha, 2005; Magnani, 1996; Velho, 1994). Cabe destacar que no contexto do bairro do Guamá o Cemitério Santa Izabel é um espaço de fronteira, delimitando e, ao mesmo tempo, criando pontes entre o centro e a periferia da cidade. Do mesmo modo, a investigação deste contexto por pessoas que convivem de maneira próxima, como é o caso de quem trabalha no Hospital Barros Barreto e na Universidade Federal do Pará (UFPA), exige que a observação se dê a partir da conscientização dos riscos de se cair em “armadilhas de campo” (Cardoso, 1986).

Em termos de memória utilizamos as discussões nas quais há relação desta com patrimônio arquitetônico. Assim, Michael Pollak, referindo-se à memória coletiva, apresenta uma percepção profícua para este estudo na medida em que:

[...] enfatiza a força dos diferentes pontos de referência que estruturam nossa memória e que a inserem na memória da coletividade a que pertencemos. Entre eles incluem-se evidentemente os monumentos, esses lugares da memória analisados por Pierre Nora, o patrimônio arquitetônico e seu estilo, que nos acompanham por toda a nossa vida, as paisagens, as datas e personagens históricas de cuja importância somos incessantemente lembrados, as tradições e costumes, certas regras de interação, o folclore e a música, e, por que não, as tradições culinárias (Pollak, 1989, 3).

As narrativas sobre o contexto do Hospital Barros Barreto revelaram um ângulo de interpretação imbricada, nas quais o cemitério local despontou como uma das paisagens mais reconhecidas e simbólicas do bairro do Guamá. Assim, este hospital passou a ser considerado neste estudo de maneira articulada às referências ao cemitério.

### **Um pouco da história dos Hospitais sob o ângulo do espaço como “morredouro” e como espaço “terapêutico”.**

A relação próxima com a morte de pessoas internadas no hospital é constante. Os autores deste estudo são servidores da UFPA e isso permitiu a proximidade com a equipe de saúde na clínica cirúrgica do Hospital Universitário João de Barros Barreto – HUIBB.<sup>2</sup> Velho (2013) enfatiza essa questão que é posta às pesquisas etnográficas marcadas por aproximações culturais. Para esse autor é interessante refletir o modo como a antropologia lida com seu objeto de estudo, em diferentes escalas.

Como exemplo desta proximidade, apresentamos relatos advindos da observação de que os pacientes da ala masculina e seus familiares, quando chegam na enfermaria, expressam alegria por terem conseguido uma vaga, um leito, após várias andanças para agendar consulta, exames, leitos em outros hospitais, uma verdadeira *via crucis* no Sistema Único de Saúde (SUS). Eles acreditam que poderão ser curados pelo ato cirúrgico. Inicialmente, não relatam que o hospital é lugar para morrer, apesar de saberem que muitos morrem ali. Dependendo do tempo que ficam hospitalizados, a demora da alta hospitalar os faz se reaproximarem do fato “morte”.

Verificamos que os usuários/pacientes não se internam para morrer, eles vêm em busca de cura, e, embora tenham medo do hospital e conheçam alguns dos perigos, do estigma do HUIBB como hospital de “doenças contagiosas”, eles demonstram credibilidade. Essa impressão poderá sofrer alteração de acordo com o tratamento e a recuperação, assim como, a forma como são tratados pelos profissionais, a abordagem, principalmente, dos médicos.

O reconhecimento do Hospital pelos usuários para reabilitação da saúde é um fato que é acompanhado pela possibilidade da morte. Diferente de hospitais com maternidade, que valorizam a vida, o nascimento, o HUIBB tem a sua história marcada pelo isolamento social e pela exclusão daqueles que nele ficavam internados. O Hospital nasceu para tratamento de doentes como tuberculose, febre amarela, varíola e outras também consideradas de contágio, com morte previsível e de tratamento isolado. Os doentes e o Hospital eram, ou ainda são, estigmatizados socialmente. Outro importante componente é o fato de que o Hospital era para pessoas pobres e, administrado inicialmente, por ordens religiosas que tratavam da doença e da “salvação”. Procuramos entender isso, e, tomamos como referência Foucault (1999) e Menezes (2004).

Foucault (1999) situa o nascimento dos hospitais na Europa no século XVIII, a partir de três recortes geográficos: Alemanha, Inglaterra e França. Este autor atém-se a estudar o hospital como uma paisagem urbana, bem como a sua trajetória no contexto da revolução industrial, afirmando que tal instituição não era exclusivamente um instrumento de garantia da permanência da mão de obra, mas que igualmente demarcou espaços sociais e questões sobre propriedade pública e privada, assim a saúde de cunho individual e coletivo. Dois termos utilizados pelo autor são recuperados para interpretar a fala dos entrevistados. Um é denominado hospital como “morredouro” e o outro é hospital “terapêutico”.

A autora Rachel Aisengart Menezes (2004) apresenta em sua tese, diferentes autores que abordam os cuidados paliativos.<sup>3</sup> No seu trabalho de campo, a autora discute o lugar da boa morte: a casa, o hospital? Espaços urbanos que sinalizam para o público e para o privado, para a reabilitação e/ou para a morte. Como tais espaços foram concebidos e redefinidos ao longo da história? Entre outros achados, aqui na abordagem da autora, o lugar de morrer não é o Hospital. O tratamento terapêutico é destinado tanto para o espaço físico do Hospital como na assistência em domicílio. Neste último caso, cuidam, tratando das disfunções.

Examinando os documentos oficiais sobre o HUIBB foi possível estabelecer pelo menos 3 (três) fases: 1) Sanatório; 2) Hospital e 3) Hospital Universitário. Em processo de construção há uma fase atual, subproduto da fase como Hospital Universitário, que é a de Hospital de Ensino, conforme a Política Federal.<sup>4</sup> Para a população, de um modo geral, não houve uma modificação entre Hospital Universitário e Hospital de Ensino. Há apenas referências à presença de professores e alunos no Hospital.

A fase de sanatório, de 1934 até 1976, inicia com a colocação da pedra fundamental (1934); seguida da construção, em 1937; da inauguração simbólica, em 1957; e, após o término das obras, da inauguração oficial e o funcionamento do Sanatório, em 15 de agosto de 1959 (Biblioteca Dr. Alexandre B. dos Santos, s/d). As diferentes datas confundem até mesmo a comemoração do aniversário do hospital. Mas, institucionalmente ficou estabelecido que a data comemorativa é o dia 15 de agosto.

Estas diferentes datas demarcam o início das atividades do Hospital e fazem parte de um contexto de instituições (hospitais) que, antes do início do Sanatório, ofereciam serviços de saúde para a Belém e demais municípios do Pará. Tais instituições estavam localizadas no bairro do Guamá. Em registro (roteiro) do Grupo de Teatro do HUIBB, numa peça teatral denominada “Estreitando Laços: esta é a nossa história (HUIBB)” é descrito que parte do HUIBB foi construída por outros espaços de saúde denominados de Hospital São Sebastião, São Roque e Domingos Freire. Hospitais destinados a tratar de doenças como a tuberculose, varíola, beribéri, febre amarela e outras. A D. René, personagem da peça, enfermeira que trabalhou nos hospitais, contava a história que “em 1903 foi chamada para trabalhar no hospital [...], pois a “tuberculose”, doença mortal, está causando espanto, pois aqueles as quais ela atinge só tinham uma saída, a morte, as pessoas eram separadas de seus familiares e lá iam morar” (Roteiro do Grupo de Teatro do HUIBB, s/d, 04).

As formas de tratamento das doenças contagiosas, inicialmente, eram implementadas pelo poder público como isolamento para morrer, sob os cuidados de religiosos. Este é o modelo de “morredouro” que Foucault analisa, adotado pelas instituições de saúde que antecederam o HUIBB, como no Domingos Freire: “os que se recolhem ao Hospital Domingos Freire não são mais doentes são condenados a morte certa, que vem encontrar na caridade do Governo um simples alívio para os seus últimos dias” (Roteiro do Grupo de Teatro do HUIBB, s/d, 06). Em 21 de janeiro de 1905, um Relatório do Conselho Municipal de Belém, apresentado pela gestão do intendente Antônio José de Lemos, por meio do Diretor Interino do serviço Sanitário Estadual, Dr. Francisco da Silva Miranda, em publicação na imprensa, acentuou entre outras linhas que:

Atualmente, com o serviço de assistência que os poderes públicos estabeleceram, podemos dizer que estamos a seguro de uma calamidade produzida pelo alastramento de qualquer moléstia perigosa. Dispõe o Estado de dois excelentes hospitais para isolamento dos indigentes, cheios de muito ar e luz, onde reina a mais perfeita higiene sob a direção de dois médicos competentes, tendo um bom corpo de enfermeiros guiados e auxiliados pelas dignas e caridosas religiosas de Santa Ana e um magnífico luxuoso isolamento para os pensionistas, onde lhes é proporcionado carinhoso conforto e tratamento exemplar. (Roteiro do Grupo de Teatro do HUIBB, s/d, 03).

O relato sobre ar e luz como parte do tratamento reflete a própria construção dos hospitais em áreas de difícil acesso ou isoladas e com muitas árvores ao redor. Portanto, áreas apartadas do contexto urbano/citadino e mais caracterizadas como “florestas” ou áreas rurais. Até hoje a área do HUIBB é cercada de árvores, espécie de eucalipto (gênero *Eucalyptus*), uma cerca natural, baseada na compreensão de que o ambiente cura as doenças pulmonares. A dificuldade de acesso é registrada em um dos diálogos: “os Hospitais (São Roque, São Sebastião e Domingos Freire) eram dentro de uma floresta [aonde se] chegava por um caminho, depois melhorou muito com a chegada do bonde imperial” (Roteiro do Grupo de Teatro do HUIBB, s/d, 02).

O bairro como *locus* de instituições de saúde registrou outros prédios, como o Hospício dos Lázaros do Tucunduba. Os registros de seu funcionamento são do início do século XIX e a sua desativação data de 1938 (Ramos, 2002). O cemitério de Santa Isabel (século XIX) e o Pão de Santo Antônio (século XX) também são lugares de identidade do bairro que expressam a relação com a saúde-doença. O primeiro ligado ao adoecimento e à morte e o segundo à velhice, associada ao adoecimento e exclusão social.

Foucault (1999) trata de hospitais como paisagens urbanas de obras planejadas por engenheiros e arquitetos e, posteriormente, desenhadas a partir do conhecimento de médicos, num contexto de mudanças nas cidades européias e de avanço do pensamento racionalista. O espaço hospitalar foi associado às concepções de saúde e doença que foram construídas ao longo da história. As oposições entre prevenção e cura e público e privado foram destaques na construção das concepções.

Parte da construção histórica da categoria saúde-doença no Brasil é influenciada pelo contexto mundial. Na Grécia antiga, os gregos consideravam a saúde e a doença como fenômenos naturais: as pessoas faziam parte da natureza, portanto, o ciclo de nascer, reproduzir, envelhecer e morrer era enfrentado como parte do processo natural. Nessa época não havia profissionais de saúde para tratar os doentes; havia sim cuidados dedicados à estética e ao vigor dos atletas. As pestes eram interpretadas como “castigo dos deuses”, que estavam integrados a natureza.

Na Europa do século XVIII, a doença era reconhecida como diferente de saúde e era explicada por diferentes concepções. Havia a concepção de que as doenças eram resultado da maneira como se constituíam os aglomerados humanos, ou seja, as causas delas eram sociais, econômicas. Portanto, a recomendação para cessar os males como epidemias era de responsabilidade do governo. A proposta de movimentos franceses era, por exemplo, de que com uma democracia plena e ilimitada haveria prosperidade, educação e liberdade (Ministério da Saúde, 2005).

Posteriormente, concebeu-se a doença como fruto da ação de micróbios, causas visíveis graças à tecnologia do microscópio. Essa explicação ficou conhecida como pensamento microbiano e unicausal. O controle do agente causador da doença, como campanhas de prevenção e erradicação por vacinas, é uma prática baseada nessa concepção. O enterramento dos cadáveres abaixo “sete palmos” de profundidade da terra também é outro exemplo, pois acreditava-se que a doença se transmitia pelos miasmas que fluíam dos corpos enterrados. Por esse motivo os corpos deveriam ser enterrados em locais isolados, como os cemitérios, e não mais nas igrejas (Ministério da Saúde, 2005). Portanto, a Revolução Industrial demarcou uma fase de novas explicações sobre as doenças: o advento das ciências, o desenvolvimento de tecnologias, o aglomerado das cidades devido ao êxodo rural foram fenômenos que trouxeram a descoberta das bactérias e vírus, detectados via microscópio e outros equipamentos.

Com o advento de grandes cidades organizadas em aglomerados de moradias, a concepção microbiana tornou-se insuficiente para responder à proliferação de doenças.

A população ainda morria de doenças infecciosas. Outras teorias surgiam, agora com a busca de entender o modo como a sociedade se organizava e as condições de vida das pessoas. As condições de péssimo saneamento básico, por exemplo, eram um fator gerador de doenças. Assim, as questões socioeconômicas e culturais voltaram à tona, no contexto de uma sociedade industrial.

Na contemporaneidade, com avanço, por exemplo, da genética e dos estudos sobre as células, a doença passou a ter mais uma explicação, que não é a que remete a um agente externo, e sim interno: os genes que podem identificar possibilidades de desenvolvimento de determinadas doenças, como os cânceres. As tecnologias ganham então destaque para explicar as causas do adoecimento. A indústria farmacêutica cresceu muito em função de produção de drogas para combater enfermidades, para a cura ou para prolongamento da vida. Atualmente, a morte é menos entendida como um fenômeno natural e mais como um fenômeno controlável e a saúde também passa a ser mercantilizada.

As várias explicações para as causas do adoecimento misturam saberes tradicionais, agentes externos, disfunções internas e fatores sócio ambientais. Há explicações de cunho biológico e interpretações de cunho sócio econômico, político e cultural. As concepções apresentadas também implicam em modos de atuar na reabilitação (modelo curativo) e na prevenção. Revendo o processo de construção das concepções, infere-se que, ao final, foi formulada uma definição ampliada de saúde.<sup>5</sup> Dentre os fatores que desencadeiam a doença, estão o processo da organização das cidades e suas crescentes complexidades.

No século XX, alguns dos eventos foram destaques para as definições de saúde e de doença. Além de influenciarem nas decisões da gestão da saúde. No geral, esta gestão está dividida em dois grandes grupos: 1) seguros de saúde (privados); e 2) sistemas públicos de saúde. Cabe ainda discutir nas formas de gestão da saúde adotadas pelos Estados-nacionais, o individual e o coletivo. Para este trabalho iremos abordar sinteticamente alguns aspectos do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS brasileiro, datado de 1988 (oficializado pela Constituição Brasileira), é resultado de um processo no qual se destaca o Relatório Lalonde, de 1974, elaborado pelo Ministro de Saúde do Canadá, que propôs que o conceito de campo de saúde abrigasse quatro níveis: 1) biologia humana; 2) meio ambiente; 3) estilos de vida; e 4) organização da atenção. Seguindo o caminho das propostas canadenses, em 1978, na I Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, a saúde é reconhecida como

um fenômeno de determinação intersetorial e de direito de todos. O meio ambiente, as relações sociais, os interesses econômicos seriam elementos de interface para a busca da saúde da população. No Brasil, em sua VIII Conferência Nacional de Saúde definiu saúde como direito de todos e dever do Estado. Em suas diretrizes destacam-se: a universalidade, a equidade, a descentralização, a integralidade da assistência e o controle social. Em 1990, por meio da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080), consolidou-se o princípio de que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o saneamento básico, o trabalho e a educação.

Não obstante todo este percurso, na trajetória da organização dos serviços de saúde, os hospitais aparecem em diferentes cenários, com maior proximidade da concepção de cura/reabilitação, com forte tendência a priorizar as causas biológicas das doenças e quase que tornar invisível os determinantes sociais.

O Hospital Barros Barreto construiu sua trajetória desde o Estado Novo até os dias atuais. Nos idos de 1934, “a tuberculose representava um problema sanitário número 1, através da demonstração epidemiológica de alta morbidade, com mortalidade que alcançava até 500-600/1.000 hab, em algumas capitais brasileiras” (Biblioteca Dr. Alexandre B. dos Santos: s/d). Um estudo do Prof. João de Barros Barreto demonstrou a necessidade de leitos para internação em Belém e definiu que haveria necessidade da construção de 18 (dezoito) sanatórios, 7 (sete) grandes e 11 (onze) pequenos, com 600 leitos. Com muitas paralisações nas obras, o funcionamento do novo hospital ocorreu no apenas no final da década de 1950 e no início da década de 1960. Sua mudança do nome de Sanatório Barros Barreto para Hospital João de Barros Barreto (Portaria n 337, de 01.07.1976), alterou sua referência: passou de local de tratamento de tubérculo para hospital de doenças infecto parasitárias. A mudança foi justificada pelo fato das alterações epidemiológicas da tuberculose, por meio de descoberta de novas drogas e métodos de diagnóstico.

Com as inovações, houve redução do tempo de tratamento e de internação, tratando a tuberculose em ambulatório. Outro fator foi o quadro epidemiológico específico da Amazônia, as doenças tropicais de alta incidência na região. O pouco conhecimento sobre as etio-patogenias e suas terapêuticas concorreram para a preparação do hospital para o ensino universitário de médicos e outros profissionais da saúde, incluindo a estrutura física para a pesquisa (Projeto do Hospital, janeiro de 1976. In Biblioteca Dr. Alexandre B. dos Santos, s/d). Destacamos que desde o sanatório havia indícios de atividades para a formação de recursos humanos, com o Centro de Estudos, tendo como

uma de suas finalidades o aperfeiçoamento profissional. Nesse período, internacionalmente, o debate sobre a saúde incluía aspectos de cunho ambiental e socioeconômico (Relatório Lanlonde, 1974).

A terceira fase do hospital e sua nova identidade é a transformação em Hospital Universitário, em 1990. Nesta década, o SUS já existia (a Lei Orgânica da Saúde é datada de 1990). A reforma sanitária brasileira, entre outras diretrizes, promoveu a integralidade, categoria polissêmica, que no sentido da gestão dos serviços prevê a organização do sistema em níveis de atenção primária, secundária e terciária. A relação prevenção e cura é entendida como articulada e não fragmentada, e, no SUS, os usuários transitariam nos diferentes níveis de atenção, conforme a necessidade de cuidado. A prevenção da doença e a promoção da saúde são os principais eixos. Os hospitais, na rede de serviço do SUS, foram localizados na atenção secundária e terciária: deveriam atuar na reabilitação dos doentes. A atenção primária corresponderia às unidades básicas de saúde e programas, como a Estratégia Saúde da Família (ESF). A atenção primária seria o *locus* principal dos cuidados, evitando agravamento e promovendo a saúde. Para atuar na prevenção e promoção da saúde, a atuação dos serviços de saúde é compreendida como intersetorial, envolvendo ações de educação, de meio ambiente, trabalho e assistência social, por exemplo.

O hospital é recolocado na rede de assistência à saúde não mais como o centro, como preconizava o modelo hospitalocêntrico, e, prioritariamente curativo. Tais modelos (hospitalocêntrico e curativo) foram criticados pela Reforma Sanitária e, no SUS, houve a implantação do modelo da integralidade.

O HUIBB atravessou esta fase e na reorganização do sistema de saúde estadual e municipal, a partir de um acordo entre Estado e Universidade Federal do Pará (UFPA), foi cedido ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), esfera federal. Uma das principais justificativas da Universidade para incorporar o Hospital foi o fato dos “cursos de graduação e afins se ressentirem de uma estrutura hospitalar adequada ao apoio do ensino de graduação, pós-graduação e de pesquisa”. (Proposta da UFPA. Belém In: Biblioteca Dr. Alexandre B. dos Santos, s/d). As doenças atendidas na época eram pneumologias, doenças infecto-parasitárias (incluindo a AIDS) e oncologia torácica (Proposta UFPA, s/d). O HUIBB incorporou o status de hospital universitário, agregando formalmente os cursos de graduação, discentes e docentes, e maior valorização na estrutura organizacional de uma unidade para a área de ensino, pesquisa e extensão, o que hoje é representada pela Coordenadoria Acadêmica.

Em 2005, o HUIBB se transformou em Hospital de Ensino, devido à Política de Reestruturação dos Hospitais, certificado por meio da Portaria Interministerial 1.000, de 15 de abril de 2004. Um marco que consolidou no Hospital sua característica, vocação para o ensino. Atualmente, as referências do Hospital, devido às mudanças epidemiológicas, incluem: saúde do idoso, endocrinologia, e se prepara para ser também uma Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, todas referências não necessariamente contagiosas. O hospital ainda conserva seus programas (ambulatório especializado) de tuberculose, pneumopatias e as doenças infecto contagiosas. Um olhar mais amplo e futurista poderia vislumbrar que o hospital se prepara para assumir um modelo de Hospital Geral. A presença de discentes e docentes é parte do cotidiano e também incorporou a pós-graduação (residências médicas e multiprofissionais), além de cursos de especialização.

As mudanças no perfil de atendimento do HUIBB, misturando doenças contagiosas com não contagiosas, também poderá ser um indicativo da mudança na percepção do hospital pelos moradores do bairro de morredouro para hospital de recuperação de doentes, ou ainda, para a mistura dessas duas imagens.

### **A narrativa de um casal morador do bairro do Guamá: a paisagem do hospital no bairro e as suas diferentes e complementares relações entre o urbano e o rural**

Apresentamos a narrativa de um casal acerca do tema deste estudo, por se revelar como significativa em termos dos objetivos propostos. No geral, o casal descreveu o bairro do Guamá com ufanismo, sempre reafirmando o orgulho por ser guamaense e identificando várias instituições públicas, consideradas como sinônimo de progresso para o bairro, assim como, manifestações da cultura popular, que o identificam como guardião de elementos culturais tradicionais, também percebidas como peculiares da periferia e das áreas rurais. Há um misto entre as “coisas do centro” e as “coisas da periferia”.

No meu bairro tem o que nos outros não tem, tem cemitério, tem pronto socorro municipal, tem duas universidades (Escola de Enfermagem da UEPA e UFPA), tem escola municipal e estadual, creche, feira, mercado, delegacia, o Barros Barreto e o rio Guamá [...]. Tem tudo no meu bairro [...]. Um vizinho meu disse que iria morar para Icoaraci, não vá vizinho, lá não tem cemitério [...]. Quando eu morrer se não tiver um carro, um ônibus pra levar, vai a pé [...]. Já teve necrotério, se-

de de escola de samba Bole Bole e Arco Íris, tem boi bumbá, quadri-  
lha, tem pássaro junino (Entrevista D. Clarice. Belém, 19/01/2012).

Os entrevistados ao descreverem o Barros Barreto, o colocaram em dois ciclos diferentes, o do hospital como matadouro e do hospital como de recuperação de doentes. A imagem do hospital em que as pessoas iam para morrer foi predominante. As histórias de pessoas conhecidas que morreram nele marcaram a vida do casal: a morte da amiga adolescente, de vizinhos e conhecidos. O hospital e o necrotério, próximos um do outro, formavam um complexo de prédios e construía parte da paisagem do bairro. Presenciar a retirada de cadáveres e o enterramento de corpos de desconhecidos foi fator que desencadeou o medo do casal em relação ao IML e ao Hospital Barros Barreto: “falavam em Barros Barreto, nossa, era matadouro, vai morrer [...]. Eu já ficava com medo, sabia que não ia voltar. Todas as pessoas de minha referência, dois vizinhos e uma amiga, todos foram e não voltaram, morreram de leptospirose, de tétano” (Entrevista D. Clarice. Belém, 19/01/2012). O casal fez uma comparação com um outro Hospital em Belém, o Hospital Ophir de Loyola (HOL), e narrou que no Barros Barreto qualquer um tinha acesso e no Ophir Loyola apenas os funcionários do Estado.

Nós não entediamos bem na época, colocavam no Barros Barreto porque ele era do INSS. O HOL só internava servidor do Estado. Então a gente não tinha acesso a nada [no HOL]. O Barros Barreto era mais próximo, levavam pra lá, independente de você ser do Estado. Uma febre, uma meningite, uma furada de prego era atendido (Entrevista casal Clarice e Caio. Belém, 19/01/2012).

A entrevistada contou que sua entrada no hospital foi por ocasião da internação de sua avó e, posteriormente, de consulta da sua filha ainda criança. A impressão sobre o hospital ganhou um novo olhar:

Minha avó foi internada lá (Hospital Barros Barreto), morreu com câncer no pulmão [...]. Eu, quando ia ficar com ela, andava tudo por lá e via que tudo era limpo, as enfermeiras organizavam tudo [...]. Depois a minha filha foi consultar lá [Hospital Barros Barreto], aí foi outra história [...] Também tem o caso de uma ex-namorada de um primo [...]. Ela tava com AIDS, baixou o Hospital, foi internada e depois saiu, fomos visitá-la, ela morreu em casa. (Entrevista D. Clarice. Belém, 19/01/2012).

Neste trecho, a entrevistada relata duas formas de o hospital lidar com o tratamento e com a morte. Uma usuária (avó) doente de câncer, doença degenerativa, que

faleceu no Hospital. Outra usuária (ex-namorada do primo), que faleceu em casa com uma doença de contaminação, mesmo tendo sido tratada no hospital. Ambas receberam terapêutica, mas em contextos diferentes ocorreu o óbito. Os cuidados paliativos, discutidos por Menezes (2004) preveem o acompanhamento do usuário em domicílio e propõem uma morte digna junto à família. Reforça também que o hospital não seria lugar de morrer, retornando para períodos em que os cuidados para os doentes eram desenvolvidos em casa e a casa era o *locus* da morte. Entretanto, na sociedade contemporânea, o lugar de morrer passou a ser o hospital.

Para o casal o Hospital Barros Barreto hoje é diferente, e essa mudança acompanhou a mudança no bairro, o que eles denominam de “evolução”.

O hospital é diferente [...]. O bairro se modificou, a minha impressão era do hospital como matadouro. Aí o bairro foi aterrando, todo mundo abria suas valas, colocava água encanada, aí veio escola, fomos crescendo, a evolução vem trazendo benefício, fomos entendendo o porquê da leptospirose, porque pisou na urina do rato, aí foi aterrando as ruas, saneamento, água, luz, pois antes as luzes eram nas portas das casas, não existiam os postes de energia [...] Aí fomos modificando o modo de viver e melhorando. Aí não tinha como pisar na urina do rato, nas fezes, porque não tinha mais lixo [...]. Melhorou a rua, melhorou o bairro, a cidade [...] Não é mais aquela idéia que eu tinha do hospital (Entrevista casal Caio e Clarice. Belém, 19/01/2012).

Os autores Soares e Silveira (2008), por meio da memória dos taxistas, descreveram que em 1964 e 1965, em Belém, havia poucas ruas asfaltadas, as únicas asfaltadas eram a Brás de Aguiar e a Rodovia SNAP, o resto possuía calçadas com paralelepípedo. O relato dos taxistas incluiu, na década de 1950, a Av. Almirante Barroso como cimentada, até o viaduto. O resto eram ruas sem asfalto, com buracos. As ruas do centro da cidade eram pavimentadas, mas aquelas ruas que chegavam até a periferia, como Alcindo Cacela e Pedro Miranda, que correspondiam aos bairros da Condor e da Pedreira, respectivamente, começavam pavimentadas no centro da cidade e terminavam como igapós nos bairros periféricos.

O bairro do Guamá é tratado no trabalho destes autores a partir das narrativas de “causos e visagens” (ocorridos por volta de 1940 e 1945), que incorporaram a história de uma moça que aceitou a companhia do taxista para levá-la em casa, caminhando desde o bairro de São Brás (Av. Magalhães Barata), próximo ao mercado, até as proximidades do cemitério de Santa Isabel, na José Bonifácio. A moça a caminho de sua possível casa solicitou parar em um local desabitado (matagal) e sumiu. Então o taxista foi

procurá-la, mas não a encontrou. Em seguida sentiu febre e calafrio, e depois foi informado que uma moça havia morrido e fazia “visagem”. O retrato do bairro do Guamá pelos taxistas, como local de ruas não pavimentadas, alagadiças, lugares com matagal e a imagem do cemitério reforçam o que os entrevistados relataram sobre seus medos da morte e de assombrações. Medo relativo ao adoecimento e morte de pacientes do Hospital Barros Barreto.

Em sua trajetória, o Hospital Barros Barreto foi se modificando, influenciado pelas políticas governamentais de saúde, baseadas no perfil epidemiológico da população. As políticas governamentais implementadas incorporaram as concepções de saúde-doença historicamente estabelecidas, desde a do tratamento em isolamentos e exclusão social até o de saúde ampliada, incluindo a rede de saúde numa proposta de integralidade. O isolamento e permanência dos pacientes por um período de tempo prolongado, como existia no sanatório, não é mais a realidade atual. A centralidade na cura, como modelo hegemônico, foi criticada e a prevenção da doença e a promoção da saúde ganharam destaque. As diretrizes preconizadas pelo SUS ainda estão em construção.

A imagem do hospital como lugar de morte ainda é forte na população, mas muitos usuários lutam para conseguir um leito ou consulta por acreditarem que ele recupera a saúde. Sua localização no espaço urbano de Belém, num bairro de periferia, o identifica como “cuidador dos pobres”, pois o acesso continua sendo universal. A localização dele próximo do cemitério ao mesmo tempo reafirma a imagem de morredouro e o coloca na fronteira entre centro e periferia. O cemitério como espaço interdito, e o hospital como liminar (Turner, 1974), entre a vida e a morte.

Observamos nas relações entre os funcionários, e, mesmo em sinais na administração, que o hospital ainda conserva elementos da tradição e da modernidade. A chamada das técnicas de enfermagem, durante o horário de trabalho, para “tomar o café” juntas para conversar é um sinal da tradição. As técnicas se reúnem em um ambiente pequeno (copa), no andar da clínica e contribuem com algum tipo de gênero alimentício (guloseimas), o que é dividido entre elas e, em alguns casos, deixado para a colega que não estava presente no momento. O momento do “café” é interpretado com o sentido de compartilhamento, de sociabilidade. Os momentos de sociabilidade (Simmel, 2006) são diversos no ambiente de trabalho, as festinhas em comemoração aos aniversariantes, ao dia internacional da mulher, ao Círio de N. Sa de Nazaré, ao Natal e outras, são fragmentos que perduram na estrutura hospitalar da sociedade contemporânea. Os momentos de sociabilidade contrastam e convivem com o processo administrativo de trabalho,

com sinais da modernidade, como o ponto eletrônico, equipamentos tecnológicos para exames de imagem, sistemas de dados e informações eletrônicos, estes sinais de modernidade são acompanhados de instrumentos tradicionais, como os livros de ocorrência e blocos de memorando manuscritos.

O hospital no contexto do bairro foi se transformando junto com o bairro, ruas asfaltadas, serviço de transporte coletivo, com parada/ponto bem próxima, inclusive com destaque no ônibus, de algumas empresas, em tarja com o nome do Hospital Barros Barreto, imitando a indicação de “shopping center” na cidade. Isso demonstra o reconhecimento do hospital para a cidade, uma referência. Na redondeza dele foram se erguendo comércios de alimentação, principalmente, escolas e outras clínicas particulares, casas e edifícios. Os igapós foram aterrados e asfaltados e o cenário não é mais o de “floresta”, como do início, nem representa a área rural, pois os seus arredores têm características urbanas de centro-periferia. O asfalto chegou, mas os moradores mantêm relações de afinidade e locais de encontro diários, como as feiras, de diferentes dimensões espaciais. Nos corredores do hospital, nas salas de espera para exame e consulta, a população exerce a sociabilidade peculiar aos lugarejos com baixo número de habitantes, e ainda cultiva a prática de presentear os profissionais de saúde com presentes ou agrados como: o cupuaçu, a massa de caranguejo e outras iguarias paraenses. Presentes da lavoura, do espaço denominado rural, não comuns nas relações entre usuário e profissionais de saúde que atuam num hospital urbano.

### **Considerações finais**

Identificamos, inicialmente, um complexo de espaços (hospital e cemitério) que cuida da relação saúde-adoecimento-morte localizado num bairro periférico da cidade de Belém. A história do hospital que é narrada pelos entrevistados incorpora o cemitério, o hospital e o Instituto Médico Legal (IML), todos localizados na intermediação das ruas Mundurucus e Barão de Mamoré. A ligação dos espaços ocorre pela proximidade dos prédios nas ruas citadas, pois a parte dos fundos do cemitério, fica em frente à parte lateral do hospital e ao antigo IML.

Além do hospital e do cemitério, a memória revelou que o bairro congrega serviços públicos de educação, segurança pública e comércio. Assim como: os folguedos juninos, o boi bumbá e os pássaros juninos. O carnaval não deixou de ser lembrado, com a indicação de que duas escolas de samba que já tiveram as suas sedes no bairro.

Medos e alegrias se confundem no cenário guamaense, espaços para sofrimento e para festas.

Iniciamos com uma imagem de fora para dentro do hospital, que o identificou como “matadouro”, marcado pelo medo das pessoas doentes não voltarem para suas casas. Terminamos relatando um hospital vivo, com suas relações sociais intensas, envolvendo profissionais com profissionais, com discentes, com docentes e desses com usuários. Um trabalho que busca a reabilitação dos doentes e as relações humanas por meio da sociabilidade.

O estigma de hospital de doenças “feias” ainda é forte, persistente. O fato de sua clientela ser, em grande maioria, da população de classe C também o classifica como hospital de segunda ou terceira ordem. Mas, o credencia como hospital de acesso universal, a todos que nele chegam pelo SUS.

A imagem do hospital no bairro do Guamá foi se transformando. Atualmente ela é multifacetada: usuários dos ambulatórios disputam vagas e por várias vezes relatam gostarem do tratamento, com algumas críticas à demora no retorno da consulta, no resultado de exames e até mesmo na falta de remédios para dispensação. Em algumas clínicas de internação, os usuários já adentram o hospital agravados, restando poucas possibilidades de reabilitação. A reabilitação e a morte são parte do mesmo *lôcus*, com múltiplas variações. A oscilação entre hospital terapêutico e morredouro também estará atrelada às experiências dos usuários no hospital. A variação sobre a concepção do hospital permanecerá, em contextos diferenciados, antes num bairro periférico, demarcado por ruas sem pavimentação e alagadiças e atualmente num bairro pavimentado e com serviços públicos, um bairro centro periferia. Antes um hospital de isolamento social, atualmente um hospital de tratamento sem isolamento social.

A oralidade do casal ao ser comparada com os documentos oficiais se aproximou da história do hospital, principalmente da fonte do teatro (atividade lúdica), ao abordar a face de um hospital (sanatório) preparado para receber as pessoas que iam aguardar sua morte e ao destacar a localização na “floresta”, referindo-se ao antigo bairro do Guamá. O roteiro do teatro, ainda abordou casos de trocas de pacientes, a influência para adiantar a internação de pessoas conhecidas, visagens e outros fatos não ditos oficialmente, mas reais, parte do cotidiano do hospital.

Os casos eram contados por um “fantasma”, personagem da peça teatral. Provavelmente, só o fantasma via os casos e poderia contar sem que houvesse questionamentos e nem sanção. A invisibilidade do “fantasma” e o seu poder de assombrar dariam

credibilidade e o deixariam isento. O não dito oficialmente foi contado e apresentado com humor, e nesse dia, todos riam muito dos episódios, inclusive os que ocupavam cargo de direção. Outras fontes são reveladoras de um hospital vivo, que critica seus procedimentos brincando. Um hospital de morrer e de viver, de chorar e de rir e de se redescobrir. Cabem outras incursões e redescobertas sobre o ele.

## Referências

- BIBLIOTECA DR. ALEXANDRE B. DOS SANTOS/HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO/UFGA. s/d. *Histórico*: compilação de documentos. Belém, Mimeo. 35 p.
- CARDOSO, R. 1986. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: R. CARDOSO (org.). *A aventura antropológica*. Teoria e pesquisa. Rio de Janeiro, Paz e Terra, p. 95-105.
- CANCLINI, N. G. 1997. *Imaginários urbanos*. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 220 p.
- COSTA, A. M. D. da. 2011. Festa de santo na cidade: notas sobre uma pesquisa etnográfica numa periferia de Belém, Pará, Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*. Ciências Humanas. 6 (1, abr): 14 p.
- DURHAN, E. 2004. A sociedade vista da periferia. In: E. Durhan. *A dinâmica da cultura*: ensaios de antropologia. São Paulo. Cosac Naify, 478 p.
- ECKERT, C.; ROCHA, A. L. C. da. 2005. *O tempo e a cidade*. Porto Alegre, Editora da UFRGS, 196 p.
- FOUCAULT, M. 1999. O nascimento do hospital. In: M. Foucault. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Grail. 432 p.
- GEERTZ, C. 1999. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro, LTC, 224 p.
- GRUPO DE TEATRO MOTIVAÇÃO DO HUIBB. s/d. *Roteiro da peça "Estreitando laços: está é a nossa história"*. Belém, Mimeo.
- LOZANO, J. E. A. 2006. Práticas e estilos de pesquisa na história oral contemporânea. In: M. de M. Ferreira; J. Amado (org). *Usos e abusos da história oral*. 8. ed. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas.
- MAGNANI, J. G. 1996. Quando o campo é a cidade: fazendo antropologia na metrópole. In: J. MAGNANI; L. TORRES (org.). *Na metrópole*: textos de antropologia urbana. São Paulo, EDUSP/ FAPESP, p. 1-30.

- MALINOWSKI, B. 1994. *Argonautas do pacífico ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guina Melanésia*. 3. ed. São Paulo, Abril Cultural, 434 p.
- MENEZES, R. A. 2004. *Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 226 p.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/SGTES. *Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde. Saúde e doença: dois fenômenos da vida*. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2005.
- POLLAK, M. 1989. Memória, esquecimento, silêncio. *Estudos históricos*. 2, (3): 3-5.
- RAMOS, J. M. T. 2002. *Entre dois tempos: um estudo sobre o bairro do Guamá, a escola “Frei Daniel” e seu patrono*. Belém.
- SIMMEL, G. 2006. A sociabilidade (exemplo de sociologia pura ou formal). In: Simmel, Georg. *Questões fundamentais da sociologia: indivíduo e sociedade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 118 p.
- SOARES, P. P. de M. A.; SILVEIRA, F. L. A. da. 2008. Cidade em movimento: os taxistas como guardiões da memória em Belém do Pará. *Revista Amazônia: Ciência e Desenvolvimento*. 4, (jul/dez): 89-102.
- TURNER, V. W. 1974. *O processo ritual*. Petrópolis, Vozes, 200 p.
- VELHO, G. 2013. Observando o familiar. In: G. VELHO. *Um antropólogo na cidade*. Rio de Janeiro, Zahar, p. 69-79.
- \_\_\_\_\_. 1994. *Projeto e metamorfose: antropologia das sociedades complexas*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar. 137 p.

Artigo recebido em: 01.04.2015

Aprovado em: 30.06.2015

---

<sup>1</sup> Agradecemos as contribuições do Professor Dr. Antônio Maurício Dias da Costa (PPGSA e PP-GHIS/UFPA), cujas leituras críticas deste artigo foram fundamentais na conclusão do mesmo.

<sup>2</sup> Uma das pesquisadoras trabalha no Hospital há dez anos e os demais autores são docentes há mais de quinze anos na UFPA.

<sup>3</sup> “Cuidados Paliativos, a proposta de oferecer uma assistência não mais curativa, e sim voltada a cuidar e aplacar o sofrimento, surgiu em contraposição à prática médica eminentemente tecnológica e institucional-

---

lizada, na qual o doente é excluído do processo de tomada de decisões relativas à sua vida e à própria morte”. (Menezes, 2004, 20)

<sup>4</sup> Portaria Interministerial MEC/MS 2400, de 02 de outubro de 2007. Estabelece os requisitos para a certificação de unidades hospitalares como Hospitais de Ensino.

<sup>5</sup> “Saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. (Ministério da Saúde, 2005, 37)