



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
CURSO DE MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

**ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS  
NOS HOSPITAIS ESCOLAS EM BELÉM DO PARÁ**

Belém  
2006

JOSIANY DA COSTA GARCIA ALBIM

## **ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS ESCOLAS EM BELÉM DO PARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Serviço Social como um dos pré-requisitos para a obtenção de Título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Gonçalves Cardoso.

Belém  
2006

JOSIANY DA COSTA GARCIA ALBIM

## **ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS ESCOLAS EM BELÉM DO PARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de Serviço Social como um dos pré-requisitos para a obtenção de Título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Gonçalves Cardoso

BANCA EXAMINADORA:

---

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARIA CRISTINA GONÇALVES CARDOSO

---

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. HELIANA BAÍA EVELIN SORIA

---

PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ROSA CARMINA COUTO

Conceito: \_\_\_\_\_

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A Deus, por estar comigo nesta árdua caminhada.

A PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. Maria Cristina Gonçalves Cardoso, minha orientadora e amiga, que desde o início acreditou na minha de concluir esta pesquisa, fato que propicia um novo começo de vida.

A PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. Heliana Baía Evelin Soria, pela valiosa co-orientação.

As assistentes sociais, sujeitos da pesquisa, que concederam à entrevista, e, desse modo, permitindo à realização deste estudo.

Aos membros do Comitê de Ética e Pesquisa da FSCMPA, HUIBB e UFPA, especialmente a PROF<sup>a</sup>.DR<sup>a</sup>. Waltair Maria Pereira Martins/ FSCMPA, pela imensa colaboração no amadurecimento da pesquisa.

A Silvia Nobre, do Planejamento da FSCMPA, pelo apoio nas valiosas informações sobre a instituição na condição de Hospital Escola.

A todas as colegas de profissão, e especialmente as que trabalham comigo, pois, em muitos momentos, encontrei, nelas, forças para continuar.

A minha mãe, ao meu pai, aos meus irmãos, sogros, e especialmente ao meu esposo Luís Guilherme Cecim Albim pelo incentivo, apoio, força e carinho.

“Preservar a história contribuirá para que não repitamos os mesmos erros e possamos ter bem claro em nossas mentes que as lideranças, como tudo mais nesta vida tem início, meio e fim e que, a cada geração cabe um compromisso, que adquiere características acordes com o momento histórico em que se efetiva”.

(Heliana Baía Evelin Soria)

## RESUMO

O referido estudo trata sobre a atuação profissional dos assistentes sociais nos Hospitais Escolas em Belém do Pará, e tem por objetivo mostrar como está sendo executado o trabalho dos assistentes sociais nos referidos hospitais, com foco principal na questão do poder institucional. É um estudo descritivo e analítico, com abordagem quantitativa e qualitativa do processo de atuação dos respectivos profissionais e identificação de relações de poder institucional no contexto dos hospitais, visando verificar o espaço profissional que os assistentes sociais ocupam nessas organizações. Para isso, foram selecionados quatro hospitais: Hospital Universitário João de Barros Barreto, Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, Hospital Ofir Loyola e Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, no entanto, a pesquisa de campo só foi possível nos três últimos Hospitais. Foram entrevistadas 10 (dez) assistentes sociais de um universo de 67 (sessenta e sete) profissionais, em uma amostragem de 16% (dezesesseis por cento), correspondente ao quantitativo proporcional de cada instituição pesquisada. O projeto foi aprovado em três Comitês de Ética em Pesquisa: Universidade Federal do Pará, Hospital Universitário João de Barros Barreto e Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, garantindo dessa forma a eticidade do estudo e resguardando a integridade dos sujeitos da pesquisa. Na entrevista, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário semi-estruturado, com perguntas abertas e fechadas, delimitado em três grandes eixos de discussão: a prática profissional na área hospitalar, o apoio institucional e o espaço profissional. O trabalho constatou que os assistentes sociais que atuam profissionalmente nos Hospitais Escolas em Belém do Pará, desenvolvem um trabalho amplo e complexo, onde suas ações são validadas por meio de planos, programas e projetos sociais multiprofissionais por se tratar da área da saúde, além da operacionalização de vários instrumentais técnicos, encaminhamentos, triagem, acolhimento, e outros, possuindo uma autonomia relativa na instituição face às relações de poder institucional estabelecidas pelo processo hierárquico da estrutura organizacional do modelo gerencial adotado.

**Palavras-chave:** Instituição. Poder. Atuação Profissional. Assistente Social. Hospital Escola.

## ABSTRACT

The related study it deals with on the profession performance to the social assistants in the Hospitals Schools in Belém of Pará, has for objective to show as he is being executed the work of the social assistants in the related hospitals, with main focus in the question of the institutional power. One is about a descriptive and analytical study, with quantitative and qualitative boarding of the process of performance of the respective professionals and identification of relations of being able institutional in the context of the hospitals, aiming at to verify the profession space that the social assistants occupy in these organizations. Four hospitals had been selected: Hospital University João de Barros Barreto, Hospital University Bettina Ferro de Souza, Hospital Ofir Loyola and Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; however, the field research alone was possible in the three last Hospitals. 10 (ten) social assistants of a universe of 67 (sixty and seven) profession ones had been interviewed, in a sampling of 16% (sixteen percent), quantitative correspondent to the proportional one of each searched institution. The project was approved in three Committees of Ethics in Research: University Federal do Pará, Hospital University João de Barros Barreto and Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, guaranteeing of this form the eticidade of the study and protecting the integrity of the citizens of the research. In the interview, a half-structuralized questionnaire was used as instrument of collection of data, with open and closed questions, delimited in three great axles of quarrel: The practical profession in the hospital area, the institutional support and the profession space. The work evidenced that the social assistants who professionally act in the Hospitals Schools in Belém of Pará, develops an ample and complex work, where they have its action validated by means of plans, multiprofession programs and social projects for if dealing with the area of the health, beyond the operate some instruments technician, sends, selection, shelter, and others, possessing a relative autonomy in the institution face to the relations of being able institutional established for the hierarchic process of the organizational structure of the adopted managerial model.

**Keywords:** Institution. Power. Profession Performance. Social Assistant. Hospital School.

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABEPSS</b>	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
<b>CFESS</b>	Conselho Federal de Serviço Social
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CERENU</b>	Centro de Recuperação Nutricional
<b>CESUPA</b>	Centro de Ensino Superior do Pará
<b>COS</b>	Sociedade de Organização da Caridade
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CONASEMS</b>	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
<b>CRESS</b>	Conselho Regional de Serviço Social
<b>CTI</b>	Centro de Terapia Intensiva
<b>DNS</b>	Departamento Nacional de Saúde
<b>EPOL</b>	Empresa Pública Ofir Loyola
<b>FADESP</b>	Fundação de Amparo e Desenvolvimento ao Ensino e Pesquisa
<b>FSCMPA</b>	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
<b>HCGV</b>	Hospital de Clínicas Gaspar Viana
<b>HOL</b>	Hospital Ofir Loyola
<b>HSE</b>	Hospital dos Servidores do Estado
<b>HUBFS</b>	Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
<b>HUJBB</b>	Hospital Universitário João de Barros Barreto
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
<b>LBA</b>	Legião Brasileira de Assistência
<b>LOAS</b>	Lei Orgânica de Assistência Social
<b>MEC</b>	Ministério da Educação e Cultura
<b>OSM</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>REFORSUS</b>	Reforço à Reorganização do SUS
<b>SCMP</b>	Santa Casa de Misericórdia do Pará
<b>SESMA</b>	Secretaria de Saúde e Meio Ambiente
<b>SESP</b>	Secretaria Especial de Saúde Pública
<b>SESPA</b>	Secretaria Executiva de Saúde Pública do Estado do Pará
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
<b>TFD</b>	Programa de Tratamento Fora do Domicílio
<b>UEPA</b>	Universidade do Estado do Pará
<b>UFPA</b>	Universidade Federal do Pará
<b>UNAMA</b>	Universidade da Amazônia
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva

## LISTA DE FOTOS

Foto 1 Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres.....	66
Foto 2 Hospício dos Alienados.....	67
Foto 3 Hospital da Ordem Terceira.....	68
Foto 4 Hospital da Ordem Terceira.....	68
Foto 5 Sociedade Beneficente Portuguesa do Pará/ Hospital D. Luiz.....	69
Foto 6 Sociedade Beneficente Portuguesa do Pará/ Hospital D. Luiz.....	69
Foto 7 Hospital Domingos Freire.....	70
Foto 8 Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.....	71
Foto 9 Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.....	71
Foto 10 Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará/ Hospital Escola.....	73
Foto 11 Hospital Ofir Loyola e Hospital dos Servidores do Estado do Pará.....	75
Foto 12 Hospital Universitário João de Barros Barreto.....	77
Foto 13 Hospital Universitário João de Barros Barreto.....	77
Foto 14 Hospital de Clínicas Gaspar Viana.....	78
Foto 15 Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza.....	79
Foto 16 Assistente Social/ FSCMPA realizando ações sócio-educativas.....	118
Foto 17 Estagiários de Serviço Social realizando Entrevista Social.....	127

**LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 Assistentes Sociais segundo a Faixa Etária.....	103
Tabela 2 Assistentes Sociais segundo a Instituição de Formação.....	104
Tabela 3 Assistentes Sociais segundo o Campo de Estágio .....	107
Tabela 4 Assistentes Sociais segundo a Pós-graduação .....	108
Tabela 5 Assistentes Sociais segundo Existência de Espaço Privativo .....	134
Tabela 6 Assistentes Sociais segundo Avaliação Institucional .....	136
Tabela 7 Assistentes Sociais segundo a autonomia institucional .....	143

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Assistentes Sociais segundo a Faixa Etária.....	104
Gráfico 2 Assistentes Sociais segundo a Instituição de Formação.....	105
Gráfico 3 Assistentes Sociais segundo o Campo de Estágio.....	107
Gráfico 4 Assistentes Sociais segundo a Pós-Graduação .....	108
Gráfico 5 Assistentes Sociais segundo Existência de Espaço Privativo .....	135
Gráfico 6 Assistentes Sociais segundo Avaliação Institucional.....	137
Gráfico 7 Assistentes Sociais segundo Autonomia Institucional .....	143

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 1: RELAÇÕES DE PODER INSTITUCIONAL</b> .....	18
1.1 INSTITUIÇÃO E PODER .....	18
1.2 O NASCIMENTO DO HOSPITAL .....	36
1.3 A MEDICINA SOCIAL .....	46
<b>CAPÍTULO 2: A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO PARÁ</b> .....	55
2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO PARÁ .....	55
2.2 MARCO HISTÓRICO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS NO PARÁ .....	64
2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NO PARÁ .....	81
<b>CAPÍTULO 3: ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS ESCOLAS EM BELÉM DO PARÁ</b> .....	91
3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS .....	91
3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA .....	93
3.3 O QUE SE COMPREENDE POR HOSPITAL ESCOLA/DELIMITAÇÃO DOS QUATROS HOSPITAIS .....	97
3.4 PASSOS DA PESQUISA .....	102
<b>3.4.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA</b> .....	102
<b>3.4.2 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA</b> .....	109
3.4.2.1 A Prática Profissional na Área Hospitalar .....	109
3.4.2.2 Apoio Institucional .....	130
3.4.2.3 Espaço Profissional .....	139
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	150
<b>PROPOSIÇÕES</b> .....	153
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	155
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

---

- A335 Albim, Josiany da Costa Garcia  
Atuação do profissional dos assistentes sociais nos hospitais escolas em Belém do Pará/ Josiany da Costa Garcia Albim. Belém, 2007.  
160 f.
- Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Pará, 2007.
1. Assistente social - atuação. 2. Hospital Escola.  
3. Saúde Pública no Pará. I. Título.

CDD: 361

---

## INTRODUÇÃO

Realizar o estudo sobre a atuação profissional dos assistentes sociais nos Hospitais Escolas com foco na questão do poder, foi um trabalho que exigiu bastante fôlego, visto que só o estudo sobre o hospital ou mesmo sobre o poder, já poderia se constituir em uma outra pesquisa. Entretanto, não tive a pretensão de achar que os resultados encontrados encerram a discussão sobre o trabalho dos assistentes sociais nos hospitais e a questão do poder institucional.

Por outro lado, foi muito gratificante estar envolvida na pesquisa da temática em questão, sendo, sobretudo, reveladora, pois possibilitou a obtenção conhecimentos que, antes, não era perceptível, de forma mais evidente. Também permitiu apreender um pouco da lógica da constituição e funcionamento de uma organização social, como os hospitais e a questão da existência de relações de poder nas instituições.

Do ponto de vista sociológico, em relação à discussão sobre a questão institucional e o poder, o estudo foi baseado nas teorias desenvolvidas por Berger e Luckmann, e, sobretudo em Weber, cujas contribuições foram importantes para a compreensão da lógica do processo de institucionalização dos papéis sociais, e conseqüentemente das instituições, assim como a questão da burocracia, hierarquia, dominação legal.

Do ponto de vista filosófico, em relação à questão hospitalar que envolve a disciplina, o saber e poder, o estudo teve por base a teoria de Foucault.

Na esfera do Serviço Social, a discussão em torno do trabalho do assistente social na esfera hospitalar e a questão do poder teve por base pesquisas desenvolvidas por assistentes sociais pesquisadores como Faleiros, Witiuk, Ursula Karsch e outros.

Os conhecimentos teóricos buscados nesses e outros autores foram significantes para a descrição e análise dos dados da pesquisa referente ao fazer

profissional do assistente social na área da saúde, especificamente nos Hospitais Escolas em Belém do Pará. O trabalho foi construído em três capítulos.

No primeiro capítulo, apresento o desenvolvimento de um estudo sobre as instituições e o processo de institucionalização de uma ação, de um serviço, de uma organização e da imposição da convivência institucionalizada na sociedade. Visualiza-se, também, a questão das transformações ocorridas na instituição hospitalar que, com o advento da modernidade, a partir do século XX, passa a ser concebido como um espaço de cura para os males que afligem a população. Antes desse século, os hospitais eram tidos como locais insalubres, para pobres, cujo atendimento era oferecido a essas pessoas em forma de caridade, pelo caráter filantrópico da instituição.

O segundo capítulo traz um estudo sobre a Política de Saúde Pública no Pará, sendo verificado como se deu a trajetória dessa política na região, centrando o estudo, não necessariamente, no processo da Reforma Sanitária que contribuiu para a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), e sim, sobretudo, nos fatos que antecederam esse processo que culminou com a institucionalização da Saúde Pública como Política, entre os séculos XIX e início do século XX, resgatando uma parte da História dos Hospitais Públicos e Filantrópicos no Pará, e o surgimento do Serviço Social na área da Saúde na Região Norte.

O último capítulo contém um estudo sobre o trabalho dos assistentes sociais nos Hospitais Escolas em Belém do Pará, realizado por meio da pesquisa de campo. Para isso, foi feita uma breve caracterização dos hospitais, para que se tenha uma visão mais ampla do que vem a ser um hospital na moderna estrutura organizacional. Há uma descrição dos procedimentos metodológicos adotados na pesquisa de campo; a delimitação dos quatros hospitais pesquisados e a definição do que vem a ser um Hospital Escola. Assim, por se tratar de um estudo que dispõe sobre a atuação profissional dos assistentes sociais, configura-se o perfil profissional dos sujeitos da pesquisa para que se obtenha uma noção do tipo de profissional que se encontra atuando nos hospitais.

Por fim, ao abordar as questões norteadoras da pesquisa de campo, em face à problematização da atuação profissional dos assistentes sociais nos

hospitais numa perspectiva descritiva e analítica, verifica-se a existência de relações de poder no espaço institucional, levando em conta a prática profissional, o apoio institucional e o espaço profissional ocupado pela categoria na esfera do poder. Isso permite uma melhor percepção sobre o espaço ocupado pelos assistentes sociais nos hospitais, visto que esta é uma instituição pautada em procedimentos hierárquicos e normativos, onde se tem outros profissionais atuando nessa mesma área como médicos (as) enfermeiros (as), psicólogos (as), terapeutas ocupacionais e etc.

## **CAPÍTULO 1: RELAÇÕES DE PODER INSTITUCIONAL**

### **1.1 INSTITUIÇÃO E PODER**

Seria conveniente iniciar o debate em questão, focando a discussão especificamente do ponto de vista das relações de poder. Todavia, para que a abordagem ganhe consistência teórica é inevitável que a princípio se realize a problematização sobre o que se compreende por instituição, sua constituição, os tipos de instituições existentes no contexto social, sua finalidade para o conjunto da sociedade e, principalmente, para o desenvolvimento da prática profissional no campo institucional, que constitui tema de interesse da pesquisa.

As instituições diferem entre si pela função social que desempenham na sociedade, a família, por exemplo, desempenha um papel essencial na reprodução humana; o Hospital na modernidade desempenha um papel terapêutico de recuperação do estado de saúde ou mesmo de cura de doenças; as instituições carcerárias são responsáveis em “manter a ordem social” via processo de exclusão do convívio em sociedade dos indivíduos que transgridem as normas de convivência social.

No campo científico, a sociologia tem sido uma das áreas de conhecimento que tem contribuído de forma significativa para discussão da questão institucional principalmente por desenvolver estudos da vida e do comportamento social, bem como das normas e regras de convivência em sociedade.

No debate sociológico sobre o processo de institucionalização, Berger e Luckmann (1995), ao problematizarem a construção social da realidade dos sujeitos em ação, do ponto de vista tanto da objetividade como da subjetividade, abrem uma reflexão em torno da questão institucional no sentido de compreender como esse processo forma, embora os autores não tratem da instituição especificamente enquanto uma moderna organização administrativa, suas contribuições teóricas são

importantes para o debate, visto que, no aspecto das relações sociais afirmam que as instituições são produtos da ação humana.

As ações desenvolvidas nas instituições são determinadas pela existência de relações pautadas em comportamentos institucionalizados, e é neste espaço que as coisas acontecem, que a teoria é (re)elaborada por novos significados dados pelos atores no espaço social em que efetivam as relações.

Baseada na visão dos autores supracitados, a análise institucional demanda um amplo esforço em refletir o que está posto no mundo interior e exterior dos indivíduos no contexto social, até porque na etapa de formação dos indivíduos no processo de convivência institucional, a experiência institucional torna-se parte integrante de sua construção social e incorpora-se ao seu ser numa dimensão constante e objetivada, tornada habitual no cotidiano das relações. Desse modo, são afirmados e reafirmados constantemente os papéis institucionais para garantir que a ordem social seja mantida e que o sistema de dominação se perpetue.

De outra forma, são os indivíduos no contexto da ação social institucional que dão sentido a sua existência concreta no mundo das relações de poder, pois ao tornarem habituais e/ ou cotidianas as ações. Logo, nesse movimento, ao se definirem os papéis, tem-se, a partir disso, a formação de uma estrutura organizativa regida por regras e normas instituídas pelos sujeitos em ação, posto em relações de subordinação e hierarquia.

A partir desse pressuposto, de acordo com Berger e Luckmann (1995), é improvável querer compreender o processo institucional, caso não se tenha o conhecimento de como se dá a formação de hábitos, a padronização de comportamentos, a tipificações de papéis, a disciplina, enfim, a existência e a convivência em instituições, no seu processo inicial de formação.

Isso implica em dizer que a análise institucional deve pautar-se em aspectos que leve em consideração, no conjunto das relações sociais, as particularidades e as singularidades da convivência em sociedade, observando-se os sinais presentes nessas relações que contribuem para que os papéis sociais sejam assumidos de forma tipificada, com possibilidade de se reconhecer no outro a identidade definida no plano institucional.

No conjunto dessas observações, uma questão é determinante para que haja o reconhecimento de papéis sociais, qual seja a da formação de hábitos, pois:

[...] Toda atividade humana está sujeita ao hábito. Qualquer ação frequentemente repetida torna-se moldada em um padrão, que pode em seguida ser produzido com economia de esforço e que, *ipso facto*, é apreendido pelo executante como tal padrão. O hábito implica além disso que a ação em questão pode ser novamente executada no futuro da mesma maneira e com o mesmo esforço econômico. [...] O hábito fornece a direção e a especialização da atividade que faltam no equipamento biológico do homem, aliviando assim o acúmulo de tensões resultantes dos impulsos não dirigidos. [...] este processo de formação de hábitos precedem toda institucionalização [...]. (BERGER; LUCKMANN, 1995, p. 77-8).

Com isso, confirma-se a hipótese de que o processo de institucionalização do comportamento social é próprio da atividade humana, visto que para os teóricos (idem, 1995) qualquer ação freqüentemente repetida tende a se transformar em procedimentos padronizados, isto é, habituais imprimindo noções tipificadas de papéis assumidos pelos sujeitos em ação.

Berger e Luckmann (1995) esclarecem que o processo de institucionalização dos papéis sociais tem um caráter histórico e processual, portanto não são instâncias constituídas do imediato. A ação institucionalizada por ser produto da ação humana, exige da convivência entre os sujeitos uma conduta social que corresponda ao exercício do controle da vida em sociedade, cujo controle é garantido por quem comanda o processo institucional, por quem detém o poder de controle das relações institucionalizadas, designado pelo coletivo para esse fim, quer conscientemente ou inconscientemente.

No contexto das instituições, os processos normativos que orientam a prática social entre os seres humanos são frutos dessa convivência social, que por sua vez foram originados na institucionalização da vida em sociedade nas ações tornadas habituais, ou seja, ações tipificadas, que precede todo o momento da institucionalização.

E nesse aspecto, em reafirmação a esses pressupostos teóricos, há de se considerar que:

[...] As tipificações recíprocas das ações são construídas no curso de uma história compartilhada não podem ser criadas instantaneamente. As instituições têm sempre uma história, da qual são produtos. É impossível compreender adequadamente uma instituição sem entender o processo histórico em que foi produzida. (Ibid, p.79-80).

De acordo com os referidos autores, as ações tipificadas, isto é, tornadas habituais, contribuem para o processo de cristalização das ações e dos papéis sociais assumidos no contexto das instituições. Essas mesmas instituições, por sua vez, passam a ser concebidos por esses atores sociais que se encontram envolvidos na dinâmica organizacional como uma realidade objetiva, ou seja, desprovida de subjetividade como se a existência das instituições e os papéis sociais assumidos independessem da ação humana, como se as profissões, o Estado, as organizações, as funções sociais desempenhadas nas instituições, e mais existissem no mundo, na realidade social, desprovida de uma construção histórico-social, percebidas pelos atores como um fato social independente da ação humana.

Entretanto, sabe-se que cada etapa do processo de (re)constituição da vida em sociedade corresponde a um período histórico e a uma dada realidade social, determinada por um conjunto de regras de convivência social pactuada pelos sujeitos em ação que ditam a forma de relacionamento entre os seres humanos. Por isso, essas regras, uma vez incorporadas pelo coletivo, contribuem para que ocorra o fenômeno de naturalização dos comportamentos sociais.

Para Berger e Luckmann (1995), a materialização da tipificação de papéis sociais se produz e reproduz em espaços de socialização do saber, como as instituições familiares, escolas, organizações sociais, hospitais e etc., que dão origem à formação de diversos processos organizativos. A construção social dessa realidade se dá por duas grandes etapas do processo de formação e conseqüentemente da institucionalização do comportamento social, descritas a seguir:

a) *A Socialização Primária* que caracteriza a infância da etapa de formação, vivenciada a partir da família, constituindo-se num tipo de conhecimento mais generalista de interiorização do mundo, cujo contingente social se torna necessário, é estabelecido um diálogo em comum;

b) *A Socialização Secundária*, momento em que há a construção de um vocabulário mais específico, a realidade se torna parcial, as ações se dão em meio à rituais e técnicas em um contexto específico, processo que se pode denominar de construção do saber científico, devido ao rigor e sistematicidade presente nesta etapa da formação do conhecimento.

Dessa forma, no entendimento dos autores citados, “*o produto age sobre o produtor ao mesmo tempo em que dele se distancia como uma realidade estranha ao próprio criador*”. A exteriorização e a objetivação são momentos desse processo dialético que se dá de forma contínua. Diante deste fato, é fundamental ao desenvolvimento da dinâmica social, a relação entre a exterioridade da experiência social tornada habitual, a objetivação enquanto ação institucionalizada e a interiorização como verdade absoluta para que se estabeleça o procedimento de institucionalização de papéis e conseqüentemente da existência em instituições.

Ocorre que, sobretudo na modernidade, em todos esses momentos o mundo institucional é experimentado pelos atores sociais como uma realidade objetiva; é dotado de um processo histórico que antecede o indivíduo e não é acessível a sua lembrança, pois muitas instituições já existiam antes mesmo dos indivíduos nascerem.

Quero com isso reafirmar e concordar com o ponto de vista de Berger e Luckmann (1995) de que as instituições não são eternas e, tão pouco, as estruturas sólidas intermináveis, visto que são produtos da ação humana, portanto, sujeitas às determinações das necessidades do coletivo, que poderão ser reinventadas ou mesmo extinguidas por não corresponderem mais as expectativas do momento.

Por outro lado, há de se considerar que a existência das instituições e por sua vez a tipificação de papéis tende a ser constantemente estruturada em uma relação estruturante, onde todos os indivíduos são atores envolvidos do processo de reafirmação, que contribui para que os espaços institucionais, por conseguinte, sejam percebidos como instâncias “superiores” à existência humana, dotadas de poder de determinação das condições de vida em sociedade.

Feito a análise do processo de institucionalização dos papéis e constituição das instituições de modo geral, agora se examina a discussão centrada na questão da estrutura organizacional e as finalidades a que se propõem.

Do ponto de vista estrutural, disciplinar e normativo, as instituições são extensivas à ação do Estado, as quais cumprem a função de controladoras da conduta humana em determinação aos interesses de segmentos sociais dominantes para a manutenção do *status quo* de quem detém o poder econômico, político, social, cultural e etc. As instituições, por meio de seu aparato ideológico e tecnológico, buscam impor um tipo de conduta social controlada que se faz por meio de relações hierarquizadas, tipificadas em papéis assumidos nas relações institucionalizadas nas diversas organizações sociais.

Para Faleiros (2001; 2002), as instituições são organizações específicas de política social, elas ocupam um espaço político fundamental no contexto das relações entre o Estado e a sociedade desempenhando a função *agências de prestação de serviços*. E da mesma forma que Berger e Luckmann (1995), o autor também considera que “as instituições são relações estruturantes do modo de ser de uma sociedade” (FALEIROS, 2002, p.32), ou seja, foram objetivadas pela sociedade como estruturas concretas vistas de forma independentes da vontade do coletivo. Nesse aspecto, elas não são um simples fenômenos refletidos pela superestrutura, tornando-se transversais a toda a sociedade e mecanismos reguladores da vida em sociedade.

Faleiros (1979) também informa que as instituições, sendo instrumento de políticas sociais, se estruturam em função de suas categorias assistenciais, ou seja, os técnicos sociais, regulando e normalizando comportamentos e tendo eles como executores da política institucional pela autoridade que lhe é conferida na estrutura organizacional.

Nos espaços institucionais das organizações, como os hospitais psiquiátricos, por exemplo, as instituições se tornam uma verdadeira *patrulha da vida dos usuários*. Pela finalidade que tem em assegurar a reprodução social, suas condutas normativas são constantemente reafirmadas pelos usuários do sistema e pelos grupos específicos de técnicos habilitados para atuarem neste espaço, dos

quais se encontra os assistentes sociais, psicólogos, médicos, enfermeiros e demais categorias profissionais.

Do ponto de vista sociológico, as instituições, na qualidade de grandes corporações dotadas de um corpo administrativo, racional e funcional, constituem um fenômeno da modernidade, próprio do desenvolvimento do sistema capitalista a partir do século XVIII, período que marca a afirmação do conhecimento científico. E completando essa afirmativa, verifica-se em Motta (1981), que o capitalismo é um sistema que se fundamenta no trabalho coletivo, subordinado as determinações do mercado, cujas formas de cooperação que vão se estabelecendo, constituem a base das instituições e das formas administrativas que o caracterizam.

Por sua vez, Weber (2002), ao tratar da questão institucional, refere-a como uma grande estrutura organizacional, da mesma forma que considera que a organização institucional é um fenômeno predominante do Estado moderno no mundo ocidental, caracterizando formas específicas de associação e tendo por base a racionalidade, estando sujeito a procedimentos rígidos de organização<sup>1</sup>; hierarquia<sup>2</sup>; dominação<sup>3</sup>; autoridade<sup>4</sup> expressando formas específicas de poder, cuja

---

<sup>1</sup> De acordo com Johnson (1997, p.163), uma organização formal é um sistema social estruturado em torno de metas específicas e que, em geral, consiste de vários grupos ou subsistemas inter-relacionados. É dirigida de acordo com normas estabelecidas de forma clara e rigidamente impostas. Empresas, a Igreja Católica, os sistemas judiciários, as reitorias de universidades e as forças militares exibem as propriedades das organizações formais. A organização implica em um sistema burocrático de relações sociais.

<sup>2</sup> De acordo com Weber (2002, p. 230), os princípios de hierarquia dos postos e dos níveis de subordinação, no qual há supervisão dos postos inferiores pelos superiores, no qual há uma supervisão dos pontos inferiores pelos superiores. Esse sistema oferece aos governados a possibilidade de recorrer de uma decisão de uma autoridade inferior para a sua autoridade superior, de uma forma regulada e com precisão.

<sup>3</sup> Para Motta (1981, p.31), a dominação é um caso especial de poder. Weber (2002), por sua vez, destaca que o conceito sociológico de dominação deve ser visto de forma mais precisa, pois pode apenas significar a possibilidade de que o comando será obedecido.

<sup>4</sup> Na visão de Weber (2002), implica no reconhecimento, na obediência a este axioma. Este conceito é frequentemente associado às idéias de Weber (JOHNSON, 1997, p.23), que o considera como uma forma particular de poder. A autoridade é definida e sustentada pelas normas do sistema e, de modo geral, aceita como legítima pelos que dela participam. A maioria das formas de autoridade está ligada não aos indivíduos, mas as posições – *status* – que eles ocupam em sistemas. [...] Indivíduos exercem autoridade apenas enquanto julgamos que ocupam os cargos aos quais ela está ligada, e a amplitude de sua ação depende da natureza da posição e do sistema. Se um chefe de Estado é ou não poderoso, por exemplo, depende menos das características do indivíduo do que da autoridade

figura central do sistema é o chefe e o funcionário, onde a postura profissional, assumida pelo segundo, tem a natureza de um dever para com os procedimentos normativos da associação.

Na afirmação de Weber (2003), a estrutura capitalista encontra-se entranhada na vida social, e o “Estado Moderno” <sup>5</sup>, com todo o seu aparato tecnológico de racionalização da assistência, determina a condição de existência dos indivíduos em um processo ordenado e burocratizado com finalidade maior de manter o controle sobre o outro em uma relação de empoderamento do lado de quem exerce o poder.

Assim, apenas no Ocidente se deu a busca pelo desenvolvimento de uma prática pautada em uma ação racional que não se restringe a um só campo de ação, invadindo o mundo da arte, da música, da cultura, das organizações, da família e mais. As ações pautadas na racionalidade são desenvolvidas em meio a procedimentos sistemáticos, previstos, calculados, planejados, padronizados e programados, tendo como parâmetros estabelecer formas de comportamentos e convivência na sociedade de acordo com a lógica atribuída pelo sistema, inclusive no campo científico.

Por outro lado, nos cumpre observar que as transformações ocorridas no mundo ocidental, na busca da racionalização da assistência e dos diversos processos de intervenção, levam a considerar que dificilmente na atual conjuntura, se poderia sobreviver sem a existência das instituições, pois de acordo Weber (2003):

---

que o sistema social investe nesse cargo. [...] Sociologicamente, autoridade é a forma mais importante assumida pelo poder na vida social porque, ao contrário do poder pessoal, que se baseia em fatores como força física, personalidade ou controle de recursos, a autoridade é gerada e controlada por sistemas sociais. [...] Tentar derrubar a autoridade investida no Estado como instituição, por exemplo, equivale a derrubar o próprio Estado (o que não deve ser confundido com remover um dado indivíduo de uma posição de autoridade, usando de algum mecanismo, como o *impeachment*) e, por conseguinte, ameaça aos interesses não só dos ocupantes do cargo, mas também de todos aqueles que podem sofrer os efeitos da subversão social. [...] Nenhum Estado autoritário pode perdurar sem apoio substancial da população, que lhe empresta a legitimidade de que precisa para governar.

<sup>5</sup> Para Weber, o Estado Moderno é um fenômeno específico do Ocidente, o Estado por sua vez consiste em uma relação de dominação do homem pelo homem, com base no instrumento da violência legítima. Todo Estado se fundamenta na força. (2005, p. 60-1).

[...] A economia capitalista moderna é um imenso cosmo do qual o indivíduo nasce, e que se lhe afigura, ao menos como indivíduo, como uma ordem de coisa inalterável, na qual ele tem de viver. Ela força o indivíduo, à medida que ele esteja envolvido no sistema de relações de mercado, a se conformar às regras de comportamento capitalista. O fabricante que se opuser por longo tempo a essas normas será inevitavelmente eliminado do cenário econômico, tanto quanto um trabalhador que não possa ou não queira se adaptar às regras será jogado na rua, sem emprego. (WEBER, 2003, p.50).

Embora se tenha verificado, até o momento, a questão institucional sob diversos pontos de vista, não se pretende achar que diante do que já foi dito se consegue dar conta de toda a complexidade de sua discussão, mas se pretende continuar contribuindo com o debate, e para isso se observa a necessidade de ampliar a discussão, focando o problema do campo institucional do ponto de vista das relações de poder.

Muitos teóricos têm se ocupado da discussão sobre o poder na perspectiva das relações institucionais, como Foucault (1979) que define o poder como uma “prática social” que se expressa pelo discurso do conhecimento científico que disciplina a relação estabelecida com o outro; e, muitas vezes, esse tipo de exercício do poder se manifesta de forma coercitiva, controladora e repressiva. Contudo, é em Weber que se encontra essa discussão na sua forma essencial.

No debate do campo institucional no sentido organizacional, Weber (2003) se dedicou a pesquisar as relações de poder na ação social, se ocupando de um tipo específico de poder, ou seja, da dominação. Identificou que, na perspectiva da racionalidade, esta forma de poder é passível de percepção no contexto das organizações como mecanismo de controle social do processo organizativo e como parte integrante do sistema administrativo moderno que, sob base racional, adota a burocracia como forma de gestão administrativa do sistema estatal.

Por outro lado, Weber (2005) não realizou uma classificação exaustiva da dominação, analisou apenas os tipos que davam legitimidade ao poder, quais sejam: a dominação legal, a dominação tradicional e a dominação carismática.

a) A dominação legal: o seu tipo mais puro é indiscutivelmente a burocracia. Neste tipo de poder qualquer direito pode ser criado ou modificado mediante o sancionamento do estatuto. A associação que domina é eleita ou

nomeada. Os membros subordinados da associação, ou seja, os funcionários obedecem ao chefe e/ ou superior não em virtude de sua pessoa, mas em função da regra estatuída que estabelece legalmente quem manda e quem obedece de acordo com a hierarquia. Por sua vez, aquele que manda também obedece a uma regra no momento em que emite uma ordem: obedece à “lei” ou a um “regulamento” de uma norma formalmente abstrata. Portanto, o tipo daquele que manda é o “superior”, cujo direito de mando está amparado legalmente em regras instituídas. A base do funcionamento técnico desse sistema é a disciplina e a autoridade legal.

b) A dominação tradicional: é aquela que existe em virtude na crença na santidade das ordenações e dos poderes senhoriais existentes a tempo. O tipo mais puro é o domínio patriarcal, onde tipo que manda é o “senhor”, e os que obedecem são os “súditos”. Obedece-se a pessoa em virtude de sua dignidade santificada pela tradição, o que contribui para que os “súditos” se tornem fiéis à santidade.

c) A dominação carismática: pauta-se na devoção a pessoa do senhor e a seus dotes sobrenaturais (carisma) pelo heroísmo, poder intelectual ou da oratória que constitui fonte da devoção pessoal. Seu tipo mais puro é a dominação do profeta, do herói guerreiro ou demagogo. O tipo que manda é o líder e o tipo que obedece é o apóstolo. Contudo, obedece-se à pessoa do líder em virtude de suas qualidades excepcionais e não em virtude de uma posição estatuída ou de uma dignidade pessoal.

Para Weber (2002, p.107), o poder é a “oportunidade existente dentro de uma relação social que permite a alguém impor a sua própria vontade mesmo contra a resistência e independente da base na qual esta oportunidade se fundamenta”.

Por sua vez, Weber (Idem) entende que o poder não é algo que alguém possua, não tem existência própria, é amorfo<sup>6</sup>. De acordo com Maciel (2000), para que o poder possa assumir características concretas, ele necessita ser exercido em um espaço concreto.

---

<sup>6</sup> Sem forma definida. (DICIONÁRIO AURÉLIO, 2000, p. 40)

Ora se o poder é algo que se exerce, ou seja, que se manifesta nas relações humanas, objetivas e concretas entre os homens, seja como uma ação em si ou como uma possibilidade em fazer com que esse exercício possa ocorrer; acreditamos que deve existir provavelmente um campo fertilíssimo de discussão sobre a composição dessas relações. Relações estas, onde o poder tem a possibilidade de ser exercido. (MACIEL, 2000, p. 79)

Nesse sentido, da mesma forma que Maciel, tenho também o interesse em discutir um pouco mais sobre o campo institucional como área fértil em que se dão as relações sociais no exercício do poder, e, sobretudo, identificar que espaços são esses que servem de cenário para o acontecimento dessas relações, pois essa reflexão irá contribuir de forma significativa para o estudo proposto sobre a atuação profissional dos assistentes sociais nos Hospitais Escolas, local em que se encontram atuando os respectivos profissionais, onde se pretende realizar, além de um estudo descritivo, uma análise institucional do ponto de vista das relações de poder para verificar que espaço profissional os assistentes sociais ocupam nos hospitais.

Dessa forma, se a possibilidade de poder, em Weber (2002), está essencialmente ligada à ação social, mas não a qualquer ação social, e sim as dotadas de sentido, elas, conseqüentemente, ocorrem nos espaços institucionais, executadas com finalidade de reprodução das relações sociais, uma vez que a sua forma assumidamente concreta e objetiva desenvolvidas no campo institucional dá significado a existência do poder, sem o qual não se sustentaria, pois para que as relações de poder aconteçam é necessário que as regras sociais sejam incorporadas de forma habitual pelos atores envolvidos. Assim como para que o poder se materialize, assumida uma existência real, ele necessita dispor de um espaço que dê forma estrutural, conjuntural e material às relações para dar sentido a sua essência, ou seja, necessita dos espaços institucionais para que se efetivem as instâncias de dominação.

Para Motta (1981, p. 24-5), o processo de incorporação das regras sociais contribui para que o sistema perpetue suas relações de poder reafirmando às diferenças na sociedade, já que “se trata da ‘naturalização’ da dominação, através do

não questionamento ou até da sacralização do ordenamento social vigente, da atribuição a este, de um sentido ou, ainda de sua constatação”.

Contudo, Motta considera que:

[...] Dominação não é sinônimo de ‘poder’ embora o significado dos dois termos estejam profundamente relacionados. Assim, enquanto a dominação aparece em uma ação comunitária, que emana da vontade manifesta do dominante, o poder é exatamente a possibilidade de alguém ou algum grupo tem de realizar sua vontade mediante uma ação comunitária que pode, inclusive, ser contrária àquela ou àquelas dos demais. Fica, portanto bastante claro que a ‘dominação’ é um caso especial de poder. (1981, p. 30-1).

Assim, de acordo com essa visão, para que as instituições alcancem à finalidade para qual foram instituídas, necessitam utilizar de mecanismo de controle social, mediante relações de poder institucional estabelecidas em procedimentos normativos de controle da conduta social, atendendo a interesses postos pelo sistema de relações de convivência em sociedade, e para isso lança mão de instrumentos de dominação como a burocracia para manutenção da relação entre dominantes e dominados, exercido a quem foi conferido o poder.

Numa visão mais geral, o estudo realizado leva a considerar que toda instituição é dotada de poder; na sociedade elas se apresentam de forma variada e desempenham um papel essencial na reprodução das regras de convivência em sociedade. A família, por exemplo, do ponto de vista sistêmico e estrutural, é uma das instituições mais antigas de que se tem conhecimento, assim como é o primeiro contato institucional dos indivíduos no contexto social responsável pelo processo inicial de socialização das referidas regras em sociedade, sendo a primeira forma de poder estabelecida entre os sujeitos sociais, pautada em princípios normativo e valorativo, como regra de convivência social. O tipo puro que caracteriza o poder patriarcal é a dominação tradicional, baseada na crença dos valores sociais que se perpetuam por uma herança cultural.

Nessa relação, que acontece de forma hierárquica, os indivíduos pertencentes ao grupo familiar, assumem determinados papéis que contribuem para o alcance da finalidade de reprodução social. Assim, é esperado que cada um desempenhe o seu papel social da melhor forma possível, pois quanto mais essas

regras são incorporadas pelo grupo, mais institucionalizada se torna a relação, assumindo uma dimensão concreta de existência para a sociedade que constantemente reafirma a sua necessidade.

Nas relações institucionais em que se dá o exercício do poder somos levados a reconhecer, tal como Maciel (2000, p. 81) que: “[...] o poder ao ser exercido indica uma ação de dominação e subordinação que ocorre entre os atores da relação, evidenciando uma nítida relação entre dominantes e dominados”.

Mas, ao que tudo indica essa relação não se dá de forma mecânica, e sim em uma teia complexa de relações que se combinam, pois tanto o que sofre a ação do poder como o que exerce encontram-se envolvidos em uma rede de significados que dá sentido e validade à relação.

[...] não é nada fácil para um ocidental abrir mão das suas convicções de que o privilégio, a hierarquia e a vigilância polialesca seja o modo natural e universal das sociedades. Nem abandonar a idéia de que o poder seja uma espécie de ‘substância’, que determinados indivíduos e/ou grupos possam ‘deter’, ‘conquistar’, ‘perder’... Também não é nada fácil compreender que o poder não seja essencialmente uma relação de ordem e obediência. E muito menos, admitir que um ‘chefe’, possa no final das contas ser um ‘súdito’ [...]. (RODRIGUES, 1992, p. 23)

Estudos antropológicos revelam que uma das propriedades fundamentais das sociedades humanas reside justamente no exercício do controle quase absoluto dos que a compõe. Por conseguinte, falar em sociedade é falar em poder, no mesmo aspecto em que se pensa em instituição. A permanência desse sistema só é possível porque há duas ou mais partes envolvidas que determinam a sua forma de existência.

Ao retornar à questão institucional e em busca de uma outra interpretação para o fenômeno, tendo claro a não possibilidade de desvinculação da questão da existência do poder, em Albuquerque (1995), encontrou-se um estudo bastante complexo sobre a instituição focado na questão que permeia o campo institucional e o poder.

Contudo, vale ressaltar que para Japiassú e Marcondes (1996), toda análise pressupõe a decomposição de um todo em partes constitutivas, seja materialmente ou mentalmente, opõe-se a síntese que é o ato de composição que

consiste em unir em um, os elementos dados, separadamente, considerando a coisa em seu conjunto, da mesma forma que para Sponville (2003), analisar é decompor em partes constitutivas, o que geralmente pressupõe dividi-lo.

Em Albuquerque, o estudo do campo institucional e do poder enquanto categoria de análise tem como parâmetro de discussão a pesquisa realizada por Althusser que denominou a instituição “Escola como aparelho ideológico do Estado”.

A partir desta constatação, Albuquerque realizou uma leitura ampla a cerca da categoria instituição no “plano da análise” e no “plano real”, no sentido de demonstrar que o domínio da realidade só pode ser dado ao homem por meio de dois procedimentos bastante distintos, ou seja, um tipo de análise que deve contemplar tanto o plano prático como o plano teórico, cuja contribuição do estudo é de grande relevância para a pesquisa em questão que põe em evidência a importância do cuidado na leitura do contexto institucional.

No aspecto da análise em questão, o autor chama a atenção para a necessidade de se estabelecer a diferença entre o “plano real” que concebe como sendo uma totalidade concreta e o “plano analítico” que caracteriza como objeto pensado.

No “plano real”, a realidade institucional é revelada ao sujeito de forma prática por meio da experiência vivida em um espaço concreto na relação com o objeto<sup>7</sup>. No âmbito dessa discussão, o autor alerta para o perigo de se obter o domínio do objeto do ponto de vista prático, os homens que adotam este tipo de domínio não exitam em “dividir” ou mesmo “quebrar” o objeto em vários pedaços para ter o conhecimento de suas partes constitutivas, e em seguida (re) constituí-lo como se isso fosse possível, não percebendo, portanto, o movimento dialético da realidade cuja atitude de (re)construção se torna ilusória diante da possibilidade de alcançar a totalidade desse processo, visto que, uma vez quebrado sua reconstituição já não é mais possível, pois:

[...] Dar nome a cada pedaço só é útil na medida em serve para classificar e, com isso tornar mais fácil à remontagem. (Após a quebra, o objeto não se reconstitui mais como antes, tem que ser montado). Uma vez montado,

---

<sup>7</sup> Campo institucional.

resta saber se funciona. [...] na ordem da prática, é preciso preservar-se da ilusão de que a colagem de todas as partes do conjunto reconstitui realmente o todo. (ALBUQUERQUE, 1986, p.1-2).

No “plano analítico”, a realidade institucional é revelada ao sujeito por meio das teorias produzidas no campo científico, onde se situam os homens teóricos, é o campo privilegiado dos intelectuais, dos homens de ciência, cuja forma de domínio do objeto <sup>8</sup> se dá por meio da análise teórica da estrutura organizacional das instituições e suas partes constitutivas. Nessa perspectiva, Japiassú e Marcondes (1996) comentam que, muitas vezes, esse tipo de análise assume a forma de uma análise instrumentalista da realidade, utiliza-se dos conhecimentos teóricos como instrumento, como objeto, cujo objetivo não visa à tentativa de se chegar ao conhecimento da realidade em si mesma, e sim atender a interesses hegemônicos de classe, de interesses meramente pragmáticos, utilitários, pautados em uma razão instrumental<sup>9</sup>.

Sobre este aspecto, Albuquerque argumenta que o processo de análise institucional realizado com finalidade de conhecer a realidade institucional, visando o domínio da realidade, só é possível à medida que se tem ciência de como ela funciona muito mais do que conhecer as partes que a constitui. Portanto, não pode ser uma leitura fragmentada da realidade, é necessário relacionar-se criticamente com o objeto de análise, e saber que a ação de fracionamento da realidade das partes que compõe a estrutura organizacional vai além do seu processo de classificação, pois “o princípio de análise do objeto deve pautar-se no princípio do modo de produção do objeto produzido/dominado”. (Ibid, p.2), visto que:

[...] o cerne da questão é saber com quantos paus se faz à canoa da história, isto é: ao analisar a realidade social é preciso renunciar a encará-la na complexidade em que nos é dada à primeira vista; analisar é um processo que implica fracionar um objeto (de análise) em suas partes constitutivas. Tal como na química, qualquer resultado de análise depende dos procedimentos analíticos. Daí que a pergunta inaugural, embora formulada ainda ingenuamente, já não parece tão irrelevante: em quantas e

---

<sup>8</sup> Idem.

<sup>9</sup> Weber identifica a razão instrumental com o capitalismo e o desenvolvimento da técnica e da sociedade industrial. (JAPIASSÚ & MARCONDES, 1996, p.228)

quais partes se constitui uma realidade social (por exemplo: uma instituição)? (Ibid, p.3).

Para Albuquerque no “plano da análise”, a instituição é um conceito objetivado, um objeto pensado que não constitui uma totalidade concreta, cuja realidade é revelada pelas teorias produzidas no campo da ciência, em que se destacam os homens teóricos. No “*plano prático*”, a instituição é vista como uma organização constituída de grupos sociais, caracterizada por diversos subsistemas, uma estrutura hierárquica.

Diante da complexidade da discussão da análise em questão, sobre as contribuições de Albuquerque é permitido considerar que, enquanto categoria de análise, não se pode denominar a instituição como uma “totalidade concreta”, mas, sobretudo como uma “entidade analítica” (um objeto pensado), constituída por um conjunto de elementos que compõe a sua estrutura normativa e valorativa já que, tal como afirma o autor, não é legítimo caracterizar uma entidade analítica como sendo uma *totalidade concreta*, da mesma forma o inverso, ou seja, seguindo o exemplo do autor, a *Escola* constitui uma *totalidade concreta*, mas se afirmamos que a “Escola é uma instituição”, estamos diante não de uma “totalidade concreta”, mas de uma questão teórica, isto é, de uma “entidade analítica”.

No campo analítico, considerando a instituição como uma “entidade teórica” (objeto pensado), visto que, esta, ao assumir a característica real de sua existência no tecido social, passa a ser concebida pelos atores em ação como uma realidade objetivada, existindo concretamente enquanto organização, sendo constantemente reafirmada por grupos específicos inseridos nos espaços institucionais que se movimentam em uma teia de relações de poder.

A fim de identificar que elementos dão materialidade à ação institucional, verifica-se na literatura em Albuquerque (1995), que há no contexto das relações institucionais uma “força vinculante”<sup>10</sup>, permitindo que os comportamentos se adequem as normas e valores institucionais – são os grupos, ai existentes, que

---

<sup>10</sup> Conceito atribuído por Albuquerque (1995), na análise institucional.

dão materialidade a instituição. Esses grupos incluem profissionais, usuários, coordenações, diretores e etc.

Dessa forma, no processo de análise institucional é preciso, sobretudo, ter em mente que essa mesma análise não pode ser descolada da análise da realidade concreta em que se desenvolvem as ações sociais<sup>11</sup>.

É neste ponto que reside a minha preocupação, a análise institucional, proposta nesta pesquisa sobre atuação profissional no campo institucional e as relações de poder, tem que ter claro esta dimensão do estudo, para que se possa desconsiderar elementos que caracterizem ilusoriamente a realidade institucional estudada. E nesse aspecto, as contribuições de Albuquerque (1995) são valiosas para que se tenha a noção dos planos de inserção na realidade.

Nesse aspecto, considera-se que só o “plano da análise” não reflete a realidade plenamente, é necessário que a ele esteja associado ao “plano prático”, daí se entende não ser possível separar a teoria da prática, ou seja, é preciso compreender a instituição em seu sentido teórico e em seu sentido prático, visto que no plano prático ocorrem as correlações de forças, onde o profissional se defronta com o exercício do poder expresso em seu saber específico, sem o qual não seria possível a realização de sua atividade profissional.

Por outro lado, a leitura sociológica da instituição no campo das relações de poder proposta nessa pesquisa vai além do seu aspecto estrutural e constitutivo. É o que foi observado nos estudos realizados por Jessé Souza (2003), que ao problematizar a questão da naturalização da desigualdade social no contexto brasileiro a partir de referenciais teóricos em Weber e Bourdieu, o autor desenvolveu uma análise sociológica da modernidade periférica que contribuiu para a compreensão do tipo de sistema de organização adotado pelas instituições de modo geral, e a percepção dos elementos de naturalização dos processos hierárquicos que determina a condição social dos sujeitos nas sociedades ocidentais.

---

<sup>11</sup> Para Weber citado por Quintaneiro e outros (2002), a Ação Social é uma ação executada com sentido, a Sociologia é, para Weber, a “Ciência que pretende entender interpretando-a para, dessa maneira, explicá-la causalmente em seu sentido e efeitos”. Em suma: ação compreensível é ação com sentido.

Em Weber, o autor busca uma explicação plausível para o fenômeno da desigualdade social, verificando que esse fenômeno corresponde à lógica racionalista imposta pelo sistema capitalista, o que de alguma forma, numa discussão mais focal da questão institucional, especificamente nas instituições hospitalares, contribui para a percepção dos diferentes papéis assumidos nesses espaços obedecendo a ordem hierárquica das relações. Há uma lógica racionalista que constrói todo o desenho das diferenças sociais, e definição de papéis em estruturas diferenciadas da qual, todos comungamos quer conscientemente ou inconscientemente.

Nesse aspecto:

[...] As gerações que nasceram sob a égide das práticas disciplinadoras já consolidadas nessas instituições, a hierarquia valorativa implícita, opaca e contingente que as perpassa de maneira intransparente e assume a forma naturalizada de uma realidade tácita, que dispensa por isso mesmo, justificação. Responder aos imperativos empíricos do Estado e do Mercado passou a ser tão evidente quanto respirar ou andar. Somos continuamente modelados para atender a esses imperativos. (SOUZA, 2004, p. 81)

Essa desigualdade percebida se justifica pela posição assumida na hierarquia do sistema, onde uns exercem o poder de mando ou mesmo de comando, e outros são meros executores das determinações impostas pelo grupo que se encontra no poder, em uma relação impessoal, pois:

[...] A ocupação de um cargo é uma 'profissão'. Isso se evidencia primeiro na exigência de um treinamento rígido, que demanda toda a capacidade de trabalho durante um longo período de tempo e nos exames especiais que, em geral, são pré-requisitos para o emprego. Além disso a posição do funcionário tem a posição de um dever. (WEBER, 2002, p.232)

E para finalizar essa etapa da discussão, pontua-se uma outra questão trazida pela pesquisa desenvolvida por Jessé Souza, que certamente corresponde às expectativas desse estudo, referente ao “poder simbólico”.

[...] é necessário saber descobri-lo onde ele se deixa ver menos, onde ele é mais completamente ignorado, portanto, reconhecido: o poder simbólico é, com efeito, esse poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem. (BOURDIEU, 2005, p.7-8)

Essa forma de poder, que se caracteriza em ser uma espécie de poder sobre, se encontra inscrito nos corpos dos sujeitos, corresponde a um tipo de domínio sutil que se situa em um campo delimitado de ação, daí a importância de se compreender o conceito de *habitus*<sup>12</sup>, que denomina um modo de ser, um costume que demarca as diferenças sociais naturalizadas por essas relações. É uma espécie de poder que corresponde à formação de uma cultura dominante que justifica a naturalização das desigualdades sociais, cuja desigualdade (re)afirma-se constantemente nas relações institucionais. Assim, de acordo com Bourdieu (2005, p.134) “a posição de um determinado agente no espaço social pode assim ser definida pela posição que ele ocupa nos diferentes campos, quer dizer, na distribuição dos poderes que atuam em cada um dele [...]”.

## 1.2 O NASCIMENTO DO HOSPITAL

O Hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais. (FOUCAULT, 1979, p.99)

As contribuições filosóficas de Foucault (1979), para este estudo, são extremamente significativas à compreensão sobre o aparecimento do hospital na tecnologia médica. O filósofo busca problematizar a partir de que momento histórico esta instituição passou a ser programada como instrumento terapêutico voltada à cura das diversas doenças que aflige a humanidade, com intervenção focada na doença e no doente.

---

<sup>12</sup> Uma maneira de ser e de agir (uma disposição), mas adquirida e duradoura. A palavra reatualizada por Bourdieu, serve principalmente para os sociólogos. Um *habitus*, nesse sentido, é como que uma ideologia encarnada e geradora de práticas: é nossa maneira de ser nós mesmos e de agir como agimos, mas na medida em que resulta da nossa inserção numa sociedade dada, de que incorporamos inconscientemente as estruturas, as clivagens, os valores, as hierarquias [...] daí que cada um faz livremente ou, em todo caso, voluntariamente o que é socialmente determinado a querer. (SPONVILLE, 2003, p.272)

Antes do século XVIII, o hospital era concebido como uma instituição de caridade, uma hospedaria de assistência aos pobres. Sua função essencial não era a cura dos males que afligiam a população, mas a separação e a exclusão dos pobres, pois estes representavam uma ameaça à sociedade pelos riscos de contágios que poderiam provocar. Assim, o personagem ideal do hospital nesse período, não era o doente que necessitava ser tratado, mas o pobre que não tinha aonde morrer.

[...] O hospital como instituição importante e mesmo essencial para a vida urbana do Ocidente, desde a Idade Média, não é uma instituição médica, e a medicina é, nesta época, uma prática não hospitalar. É importante lembrar isso para poder compreender o que houve de novidade no século XVIII quando se constituiu uma medicina hospitalar ou um hospital médico, terapêutico. [...]. (FOUCAULT, 1979, p.101)

Do ponto de vista do filósofo supracitado essas duas séries, ou seja, o Hospital e a Medicina, antes desse período pertenciam a campos opostos, a medicina não era uma prática hospitalar, e o hospital por sua vez não era um espaço destinado à ação médica.

O hospital era na verdade um morredouro, ou seja, lugar aonde as pessoas sem condições financeiras e gravemente doentes iam para morrer. As pessoas que atuavam nos hospitais não eram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, ou seja, a equipe de saúde que existe desde a modernidade e hoje é encontrada nos hospitais, e sim pessoas interessadas em fazer caridade, reconhecidamente os filantropos, que se dedicavam a ajudarem as pessoas nessas instituições como forma de salvá-los e, sobretudo, salvar a si mesmo para a vida eterna, era um pessoal religioso, vinculados a Igreja Católica.

O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõe e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece. (Ibid, p. 102).

Em relação à prática médica, de acordo com o filósofo, nada havia o que a justificasse como prática científica, pois a medicina do século XVII e XVIII era

extremamente individualista, a experiência hospitalar estava excluída da formação médica. A formação desses profissionais compreendia a leitura de textos e transmissão de receitas mais ou menos secretas.

A intervenção médica na doença se dava em torno da crise, o médico deveria observar em sua atuação profissional em que momento a crise se manifestava, deveria observar os sinais e prever as reações e a evolução do problema de saúde. A cura era muito mais um jogo entre a natureza, o doente e o médico. Portanto, inexistia em sua formação a prática da observação e registro realizado nos hospitais.

Dessa forma, até meados do século XVIII, tanto o Hospital como a Medicina permaneciam independentes.

Na pesquisa realizada por Foucault (1979), em conferência proferida sobre as instituições hospitalares, o filósofo descreve que por volta de 1775/ 1780, Howard <sup>13</sup> (predecessor dos filantropos) e Tenon (médico) <sup>14</sup> realizaram inúmeras viagens pela Europa, percorrendo hospitais, prisões e lazarentos, a fim de realizar inquéritos com finalidade de definir, após o estudo, um programa de reforma e reconstrução desses hospitais.

Contudo, Foucault afirma que Tenon, considerava necessário que os hospitais se pronunciassem sobre os seus méritos e defeitos, pois para o médico nenhuma teoria médica por si só era suficiente para definir um programa hospitalar.

A partir desse inquérito, surge um novo olhar sobre os hospitais os quais passam ser concebidos como instrumentos de cura, e na possibilidade de produzir efeitos patológicos que devem ser corrigidos.

Embora essa descoberta tenha revolucionado a história da Medicina e transformado o hospital em um espaço destinado a cura, Foucault (1979, p.101) parte da hipótese de que não há novidade nesse achado, pois afirma que “há milênios existem hospitais feitos para curar; pode-se unicamente afirmar que talvez

---

<sup>13</sup> Howard, mesmo sendo filantropo exerceu uma função sócio-médica. (FOUCAULT, 1979, p.101)

<sup>14</sup> Tenon, por ser médico, foi designado pela *Academia de Ciências* para realizar visitas nos hospitais. (Idem)

se tenha descoberto, no século XVIII, que os hospitais não curavam tão bem quanto deveriam”.

Um fato interessante na pesquisa de Foucault, é que ele revela que a transformação do hospital em um espaço de tratamento médico destinado a cura só aconteceu devido uma ampla reforma organizacional, administrativa e política sofrida no final do século XVIII, por iniciativa do poder dos hospitais militar e marítimo. Por outro lado, essa transformação não visava, a princípio, à transformação desse espaço em um ambiente médico.

O primeiro fato que impulsionou à transformação do hospital em um ambiente destinado a cura não foi a busca de uma ação positiva da instituição focada na doença e no doente, e sim na anulação de seus efeitos negativos expressos na falta de organização que ameaçava ser um risco de contágio de doenças as pessoas internadas no hospital e para sociedade local, assim como facilitava a desordem econômico-social que contribuía para o contrabando de materiais nos hospitais.

Num outro aspecto, a iniciativa de ordenamento do ambiente do hospital aconteceu pela necessidade de racionalização do processo de produção e controle dos recursos materiais existente na instituição. Para isso, foi necessário que o espaço fosse esquadrinhado, organizado e vigiado. Dessa forma, o filósofo concebe que a primeira forma de medicalização do hospital incidiu com o processo de organização, ocorrido na Europa ao final do século XVIII.

Nesse aspecto, a partir da modernidade, os primeiros hospitais a sofrerem os efeitos dessa transformação foram os hospitais Marítimo e Militar, visto que o primeiro tinha fortes características de desordem econômica que favorecia o tráfico de mercadorias, objetos preciosos, especiarias e etc., pois os que traficavam fingiam-se doentes e eram levados para os hospitais no momento do desembarque, escondendo mercadorias que escapavam do controle da alfândega.

Assim, no século XVII, é instituído o primeiro regulamento hospitalar que determina a inspeção dos cofres que os marinheiros, médicos e boticários (farmacêuticos) dispunham nos hospitais. E, assim, se dá o primeiro esquadrinhamento econômico na instituição. Daí, também, se ver a necessidade de

se estabelecer a quarentena, pois muitas pessoas que desembarcavam poderiam ter doenças epidêmicas ocasionando risco de contágio para a população em geral.

Outro fato que contribuiu para o processo de organização do espaço hospitalar foi certamente a necessidade de exercer o controle sobre os corpos dos soldados treinados em armamentos de guerra, pois desde o surgimento do fuzil, no final do século XVII, o investimento nesta formação passou a ser bastante onerosa para as forças militares, por isso carecia assegurar a saúde dos soldados que se tornaram mercadorias de alto custo para o Estado, visto que este só poderia morrer em batalha e não por motivo de doença.

A partir da formação técnica do exército, era preciso que se vigiassem esses homens nos hospitais para que não desertassem, uma vez que tinham sido preparados em armamentos, sendo despendido muito recurso financeiro nesta formação de forma a prepará-los para guerra. Dessa necessidade, surge uma outra forma de controle hospitalar baseada em pressupostos políticos e administrativos, que deram margem a um outro tipo esquadramento do poder tanto no hospital militar, como marítimo.

Contudo, essa reorganização do hospital não seria viável se não houvesse o estabelecimento de relações de poder, baseado na vigilância e, sobretudo, na disciplina. Neste aspecto, a disciplina é uma forma de exercício do poder que existe desde a Antigüidade, sendo que a partir da modernidade ela passa tecnicamente a ser baseada, essencialmente, em procedimentos racionais normativos.

Para Foucault (1987, p.119):

[...] O momento histórico da disciplina é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tão pouco aprofundar a sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna mais obediente quanto é mais útil, e inversamente [...]. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos 'dóceis'. A disciplina aumenta a força do corpo (em termos econômicos de utilidades) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele por um lado uma 'aptidão', uma 'capacidade' que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita [...].

Nesse aspecto, o que se vê surgir a partir do século XVIII é uma distribuição espacial dos indivíduos, visto que no início do século XVII, por exemplo, o exército era um amontoado de pessoas, o potencial da tropa baseava-se na densidade dessa massa de soldados, e a partir da introdução do fuzil, essa lógica se inverte, ocorre uma redistribuição espacial dos indivíduos de acordo com a sua capacidade operativa. Na inversão dessa lógica, a disciplina irá ocupar lugar de destaque no processo organizativo.

A disciplina é um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder. (FOUCAULT, 1979, p.107).

Esses mecanismos disciplinares que a princípio foi introduzido nos hospitais militares, a partir do século XVIII, passam também a ser incorporados nos hospitais civis. A introdução desses mecanismos possibilitou a medicalização dos hospitais. Assim, de acordo com Foucault, as razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, a necessidade de evitar que as epidemias se propagassem explica o esquadrinhamento disciplinar dos hospitais.

Todavia, vale ressaltar que Foucault destaca que o poder disciplinar exercido nos hospitais foi confiado ao médico. Com o advento da ciência, a metodologia científica assume papel relevante na formação, sistematização e caracterização da especialidade médica. A prática médica passa a priorizar métodos de intervenção sistemáticos na doença e no doente, produzindo e registrando os efeitos observados em sua atuação. Por outro lado, a formação de uma medicina hospitalar, não se deve somente aos avanços científicos, mas, principalmente, ao processo disciplinar introduzido nos hospitais.

Dessa forma, a primeira especialidade de conhecimento em saúde a atuar tecnicamente na área da hospitalar, foi sem dúvida a especialidade médica. E nesse aspecto, a pesquisa realizada por Foucault, nos leva à afirmação que a área da saúde, principalmente a área hospitalar, se tornou específica da formação médica

e por sua vez da enfermagem, que introduziu em seus rituais técnicos o acompanhamento sistemático às ações dos médicos.

Nessa lógica, buscar compreender a importância de outras categorias profissionais inseridas no campo da assistência à saúde, principalmente do assistente social é um grande desafio, uma vez que o Serviço Social é uma especialização do trabalho técnico-operativo situado historicamente no campo da assistência, o que não lhe assegura, de certa forma, um lugar de destaque neste campo de atuação.

Do ponto de vista genealógico<sup>15</sup> dos estudos desenvolvidos por Foucault (1979), suas pesquisas sobre hospitais e a institucionalização do saber médico, citados na *Microfísica do Poder*, cuja essência da tese encontra-se, também, fundamentada em *As Palavras e as Coisas* (1999) e *o Nascimento da Clínica* (2003), trazem dados que confirmam a tutela do saber médico na área da saúde instituído a partir da modernidade, no final do século XVIII, com o advento da Medicina Social, sobretudo com as transformações dos grandes albergues, as Casas de Misericórdia, em hospitais. Assim, o domínio sobre o corpo e a saúde dos indivíduos, por conta da construção de um saber disciplinado, sistematizado, organizado e hierarquizado associado ao processo de reestruturação dos hospitais, fez surgir à medicina hospitalar, cujo reconhecimento científico da prática médica, alcançou o *status* de ciência com o advento da modernidade, na constituição da Ciência Médica normalizada pelo Estado.

Convém ressaltar que, a tomada de poder pelos médicos nos hospitais se deu, sobretudo, pelo estabelecimento do ritual de visita aos leitos de cada doente, seguido por todo um procedimento hierárquico acompanhado de assistentes, alunos, enfermeiras e etc.

---

<sup>15</sup> Desde a publicação de *As Palavras e as Coisas* (1966), Foucault qualifica seu projeto de arqueologia das ciências humanas mais como uma 'genealogia nietzschiana' do que como uma obra estruturalista. Esse conceito é retomado e precisado, em 1971, em um texto sobre Nietzsche: a genealogia é uma pesquisa histórica que se opõe ao 'desdobramento meta-histórico das significações ideais e das indefinidas teologias' que se opõe à unicidade da narrativa histórica e à busca da origem, e que procura, ao contrário, a 'singularidade dos acontecimentos fora de qualquer finalidade monótona'. A genealogia trabalha, portanto, a partir da diversidade e da dispersão, do acaso dos começos e dos acidentes: ela não pretende voltar ao tempo para restabelecer a continuidade da história, mas procura, ao contrário, restituir os acontecimentos na singularidade. (REVEL, 2005, p.52)

Por outro lado, sobre o aspecto científico da atividade médica, de acordo com Foucault (1979; 1989), nem sempre a atividade médica teve *status* de ciência, pois embora a área da saúde seja uma das áreas de produção de saber mais antigas de que se tem conhecimento, existente desde os primórdios da Idade Média nos cuidados com a lepra, com as doenças venéreas e com a loucura, a Medicina, hoje institucionalizada como prática profissional cientificamente reconhecida pela sociedade, antes do processo de Revolução Científica na modernidade e da introdução da medicalização, não se constituía enquanto conhecimento científico.

Os estudos do filósofo, em *O Nascimento da Clínica* (2003), confirmam que antes do século XVIII, a assistência à saúde era uma prática executada por leigos, curandeiros, grupos filantrópicos e outros, sem um compromisso político com o coletivo, promovida em forma de caridade.

[...] O grande médico, até o século XVIII, não aparecia no hospital; era o médico de consulta privada, que tinha adquirido prestígio graças a certo número de curas espetaculares. O médico que as comunidades religiosas chamavam para fazerem visita aos hospitais era, geralmente, o pior dos médicos. O grande médico de hospital, aquele que será o mais sábio quanto maior for sua experiência hospitalar, é uma invenção do século XVIII [...]. (FOUCAULT, 1979, p.109)

A forma reconhecidamente científica da Medicina só foi possível após um longo processo de organização e disciplina do saber sobre o indivíduo doente, executável em espaços específicos como os hospitais dos quais os dados sobre a saúde das pessoas pudessem ser observados e controlados por um tipo de conhecimento denominado de saber médico.

Ao se iniciar o debate em torno da questão do saber médico, como forma de conhecimento que o torna diferente as demais categorias profissionais, por conta do domínio específico de uma área de saber, a questão ganha outras dimensões muito mais complexas do que se possa imaginar, da qual este estudo, certamente, não tem a pretensão de esgotar. Todavia, é interessante que se abra um parêntese nesta discussão e se mostre que no processo histórico de evolução dos sistemas sociais que Basaglia (1985), ao realizar um amplo estudo sobre o processo

de desinstitucionalização<sup>16</sup> no campo da psiquiatria médica, pondera que nas sociedades organizadas a partir da divisão de classes, o Estado – por meio de suas instituições quer sejam hospitais, prisões, escolas, famílias e mais – justifica a violência e a exclusão como necessária ao controle social e ao processo formativo.

Por sua vez, num regime democrático, essas formas concebidas de violência e exclusão não poderiam expor a sua face para a sociedade em contraposição a revolta que o próprio sistema poderia gerar. Assim, o Estado encontrou formas alternativas de estender a concessão desse poder aos técnicos que exercerão em seu nome, ou seja, em nome da instituição, a violência técnica, cujo papel desses profissionais será de mistificar essa violência pelo tecnicismo.

O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo de empresa (para citar só alguns), são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não violenta, que se perpetue a violência global. Sua tarefa que é definida como terapêutico-orientadora, é adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de 'objeto da violência', dando por acabado que a única realidade que lhes cabe é serem objeto de violência se rejeitarem todas as modalidades de adaptação que lhes são oferecidas. (BASAGLIA, 1985, p.102).

O processo de nascimento dos hospitais, e conseqüentemente da medicina hospitalar se inserem no campo de discussão da prática institucional, espaço fértil de relações de poder sob diversas faces. Para Foucault (1979), o poder é uma prática social instituída historicamente, é transversal a toda sociedade, está em todas as práticas sociais no contexto jurídico, na família, no hospital e etc., embora reconheça que para que este se manifeste, ele precisa ser exercido.

A partir dessa definição de poder, na microfísica das práticas sociais, Foucault (Idem) verifica que na constituição de um saber, os sujeitos da ação se apoderam do conhecimento e estabelecem uma diferença significativa entre o pré-concebido intuitiva ou culturalmente e o concebido cientificamente. Esta diferença,

---

<sup>16</sup> A Reforma Psiquiátrica, impulsionada pelo movimento democrático na Itália nos anos 70 e posteriormente no Brasil, traz como princípio à necessidade de romper com o modelo asilar que até, então, delegou a Psiquiatria a tutela sobre a “doença mental”. A desinstitucionalização é um paradigma predominante nesta nova forma de conceber a saúde mental, se contrapondo ao processo de exclusão do modelo hospitalocêntrico do campo psiquiátrico. (ALBIM, 2000; 2002).

em geral, determina a posição social dos sujeitos na “ordem social”, sendo que ao produzir ou se apropriar de um determinado conhecimento, quando posto em prática este assume a forma de poder, pois estabelece uma distância essencial entre quem detém o saber e o sujeito que sofre a ação. Inversamente a essa forma de conceber as relações de poder, o filósofo considera que:

[...] só pode haver saber onde as relações de poder estão suspensas e que o saber só pode desenvolver-se forma de suas injunções de poder, suas exigências e seus interesses. Seria talvez renunciar a crer que o poder enlouquece e que em compensação a renúncia ao poder é uma das condições que se possa torna-se sábio. Temos antes que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e que não constitua ao mesmo tempo relações e poder. Essa relação de ‘poder-saber’ não devem então serem analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema do poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas. Resumindo não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento. (FOUCAULT, 1987, p.27)

Contudo, para o filósofo o poder é algo difícil de explicar, algo “enigmático”, ao mesmo tempo “visível” e “invisível”, “presente” e “oculto”, situado em todas as esferas da vida social, mas que para existir precisa ser exercido, precisa ser posto em prática, pois “ninguém é propriamente falando, seu titular”. (1979, p.75)

Foucault denomina o conhecimento adquirido por esses grupos específicos no processo de formação como formas de saber disciplinado <sup>17</sup>, que do ponto de vista concreto, do trabalho executado nas organizações sociais são

---

<sup>17</sup> De acordo com Foucault (apud REVEL 2005, p. 77), distingue-se nitidamente o “saber” do “conhecimento”, enquanto o conhecimento corresponde à constituição de discursos sobre classe de objetos julgados cognoscíveis, isto é, a construção de um processo complexo de racionalização, de identificação e de classificação dos objetos independentemente do sujeito que os apreendem, o saber designa ao contrário, o processo pelo qual o sujeito do conhecimento, ao invés de ser fixo, sofreu uma modificação durante o trabalho que ele efetua na atividade de conhecer.

O saber está essencialmente ligado à questão do poder, na medida em que, a partir da idade clássica, por meio do discurso da racionalidade – isto é, a separação entre o científico e o não-científico, o racional e o não-racional, entre o normal e o anormal – vai-se efetuar uma ordenação geral do mundo, isto é, dos indivíduos, que passa ao mesmo tempo, por uma forma de governo (Estado) e por procedimentos disciplinares.

conhecimentos reafirmados constantemente pelo processo de formação e pela prática profissional, estabelecendo diferenças significativas para cada área de saber, normalizadas por códigos e leis específicas que asseguram o pleno poder no exercício da prática profissional. São conhecimentos disciplinados e disciplinadores, que mantêm uma relação estreita com os interesses institucionais, vigiando e punindo os que transgridem as normas institucionais, exercendo uma espécie de autoridade legítima sobre os corpos.

### 1.3 A MEDICINA SOCIAL

Estudos sobre a História da Medicina<sup>18</sup> (2006) revelam que as origens desse campo de saber remontam à Grécia Antiga, com Hipócrates, intitulado o pai da medicina que instituiu a primeira escola do mundo de formação médica com base em conhecimentos racionais. A pesquisa revela que os povos egípcios realizaram avanços significativos na medicina graças ao seu sofisticado processo de mumificação de corpos. “Os mumificadores, ao abrirem os corpos dos faraós para retirar as entranhas, conseguiram muitas informações sobre a anatomia humana”<sup>19</sup>. De acordo com a literatura pesquisada, deve-se aos gregos a descoberta pioneira dos sintomas das doenças.

Ainda é possível observar que, segundo a literatura que na Idade Média, houve poucos avanços no campo da medicina, devido a forte influência da Igreja Católica que centralizava o conhecimento e condenava a pesquisa científica. E só após o Renascimento<sup>20</sup>, este campo de saber alcança grandes avanços com o

---

<sup>18</sup> A Medicina é o conjunto de ciências e técnicas que têm por objetivo prevenir, atenuar e curar doenças. Tem como ponto de partida a anatomia e a fisiologia do homem e, em sua prática específica, abrangem a etiologia, a patologia, o diagnóstico, o prognóstico, a terapêutica, a profilaxia, a deontologia médica e outros setores correlatos. À medida que se multiplicaram os recursos para examinar e tratar as diversas partes do corpo ou as diferentes situações do organismo humano ao longo da vida surgiu às especialidades médicas, cada vez mais numerosas. (História da Medicina. Pesquisa realizada na Internet em 21/05/2006)

<sup>19</sup> História da Medicina. Pesquisa realizada na Internet em 21/05/2006.

<sup>20</sup> O Renascimento reflete um movimento que expressou a face do Humanismo. De acordo com Aquino e outros (1995, p.79-81): “Desde o fim do século XIV, na Itália, certo número de homens

descobrimto do corpo humano por meio de estudos científicos e testes laboratoriais.

Nos estudos realizados por Facchini e outros (2006)<sup>21</sup> sobre os “aspectos históricos e conceituais em educação médica”, tendo por base as contribuições histórico-filosóficas de Foucault, os autores situam dois grandes marcos da história da medicina, concebendo a existência de uma Medicina Clássica focada na doença como uma essência abstrata pertencente à alma, ao psíquico, característica da Grécia Antiga, e um segundo paradigma que concebe a existência de uma Medicina Clínica, que constrói sua intervenção focada em um saber sobre o indivíduo como corpo doente em seu aspecto individual.

Contudo, os estudiosos, ressaltam que antes da emergência do paradigma da Medicina Clínica, que tem por base a construção de um conhecimento individualizado, Foucault identifica o nascimento da medicina do espaço social, ou seja, da medicina social.

A dimensão espacial da Medicina foi, também, objeto de estudo de Bousquat e Cohn (2006), as quais desenvolveram estudos sobre a dimensão espacial da saúde, buscando recuperar a concepção de espaço incorporada pela Saúde Pública no final do século XVIII e meados do século XX.

De acordo com as autoras o espaço é um elemento que circunda a história da Medicina Ocidental e a Saúde Pública há séculos. Destacam que foi no século XVIII que o espaço surgiu de forma mais sistemática no campo da saúde, em 1792, Ludwig Finke se destaca com sua obra que trata sobre o delineamento de uma geografia médica.

---

cultos, os humanistas (da palavra latina *humanus*, polido, culto) haviam-se apaixonado pela recordação da Antigüidade Grego-Latina”. Esforçaram-se por reencontrar e reunir as obras dos autores antigos, quase todas dispersas nos conventos e mosteiros onde os monges as haviam conservado e copiado ao longo da Idade Média. [...]. Em um sentido estrito, os Humanistas são os letrados profissionais, geralmente provenientes da burguesia, eclesiásticos, professores universitários, médicos, funcionários, por vezes publicistas, a serviço de uma casa editora, que exprime a tendência da sociedade e lhe fornecem suas ferramentas intelectuais. [...] O Renascimento foi, de certa forma, a expressão do movimento humanista nas Artes, Letras, Filosofia, Música e Ciência, [...].

<sup>21</sup> FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; SANTOS, Rogério Carvalho. **Aspectos históricos e conceituais em educação médica**. Acesso em 21 de maio de 2006.

De acordo com as autoras, Finke divide a geografia médica em três partes: a geografia das doenças, a geografia da nutrição e a geografia da atenção médica.

Considera-se que por ordem desses fatores, o estabelecimento da geografia médica se deu muito mais pela necessidade de uma observação rigorosa do mundo do que pelo interesse em assegurar a saúde da população como um todo.

Dentro dessa lógica, as autoras supracitadas tecem a observação de que os avanços na discussão da medicina espacial não buscaram prever a distribuição espacial dos serviços, deixando muitas áreas descoberta pelos serviços de saúde.

A obra de Finke, analisada pelas autoras foi contextualizada, tendo como parâmetro os estudos desenvolvidos por Foucault sobre a Medicina Social.

Por sua vez, Foucault (1979, p.79) ao abordar a questão do “Nascimento da Medicina Social”, em uma conferência que proferiu sobre este assunto, não o fez no sentido de problematizar especificamente a dimensão espacial da saúde, mas, sobretudo de discutir se “a medicina que nasceu no século XVIII, entre Morgani e Bichat, no aparecimento da anatomia patológica, é ou não individual?”.

Ao ampliar o debate proposto por Foucault que ratifica as expectativas do estudo em questão, ele direciona alguns questionamentos sobre o problema levantado a respeito da medicina na modernidade ser ou não individual, problematizando os seguintes pontos: “A medicina moderna é individual porque penetrou no interior das relações de mercado? A medicina moderna, na medida em que é ligada a uma economia capitalista, é uma medicina individual, individualista, conhecendo unicamente a relação de mercado entre médico e doente, ignorando a dimensão global, coletiva da sociedade?”.

A tese do filósofo afirma justamente o contrário, que “a medicina moderna é uma medicina social”, pois se utiliza da tecnologia apropriada pelo estudo do corpo social para construção de um saber médico científico. Enquanto prática social, a medicina somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza a relação médico-doente. Por isso, a hipótese de Foucault (Ibid, p.80) é de que “com o

capitalismo não se deu à passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário”.

Isso permite que se considere que, com o processo de transformação das relações de produção e comercialização do sistema capitalista, o novo contexto social surgido após inúmeros conflitos armados e ideológicos na luta pelo poder, certamente impôs ao novo sistema vigente, o (re) ordenamento do espaço urbano e conseqüentemente da população, contribuindo para que a medicina mudasse o foco de sua atenção para o coletivo.

Contudo, com o desenvolvimento desse sistema, ao mesmo tempo, em que se favoreceu a construção de uma nova mentalidade pautada em procedimentos modernos e científicos, o sistema revelou um outro lado de sua face que é a exclusão, a lógica perversa da disputa pelo poder construiu a base funcionamento do sistema pautada na racionalização em procedimentos normativos, com regulamentos, disciplina, organização e outras formas que buscassem acelerar o processo de acumulação capitalista.

De acordo com Foucault (1979), o capitalismo surgido no final do século XVIII e início do século XIX, tiveram como primeiro objeto de socialização o corpo como força produtiva, como mercadoria necessária ao mundo do trabalho. Nesse aspecto, o controle social sobre o corpo dos indivíduos se operou muito mais por um interesse de mercado em controlar os efeitos e comportamentos do corpo humano para o sistema de produção do que por qualquer outro motivo.

Por sua vez, no Ocidente embora se tenha construído na modernidade uma medicina do corpo social, o poder sobre esses corpos a princípio não foi dado aos médicos, mais a uma elite constituída pelo novo sistema de produção, quer seja os capitalistas, que investiram na formação de uma mão-de-obra especializada sobre controle do Estado, que redefiniram o espaço urbano e fortaleceram a força de trabalho.

Facchini e outros (2006) argumentam que na Grécia Antiga onde várias escolas de medicina foram fundadas em cidades como Crotona, Cnido, Cós, ligadas a médicos famosos, dentre os quais Hipócrates, antes da existência dessas instituições, os médicos eram uma espécie de filósofos do saber e tinham seus

discípulos para os quais ensinavam sua arte. Esses mesmos médicos dispunham de vários servidores, geralmente escravos, que acabavam aprendendo na prática o ofício da atividade médica. Mesmo diante de tanto conhecimento, os médicos desde esse período não detinham um poder absoluto sobre os corpos, eram exaltados, respeitados, mas não detentores do poder sobre os corpos.

No exercício da atividade médica na Grécia Antiga, havia uma divisão do trabalho, formando-se duas grandes categorias de médicos, sendo uma primeira categoria intitulada “médicos escravos” que eram designados a atender os escravos, excluídos do sistema de poder, cuja população era tida como não cidadã<sup>22</sup>, atendidas por uma medicina meramente empírica; e a segunda categoria denominada de “médicos livres” que atendiam os homens livres, sendo esta população a classe privilegiada pelo sistema, cujos médicos utilizavam-se de uma medicina racional pautada em conhecimentos teóricos e filosóficos.

Na perspectiva foucaultiana, o filósofo (1979) revela que somente na segunda metade do século XIX, se colocou a questão do domínio do corpo no tecido social pelo poder médico em consequência do próprio processo evolutivo das determinações do sistema capitalista. Esse domínio vai atingir sua positividade a partir do nascimento da clínica no final do século XIX, quando o discurso das “palavras e as coisas” (2003), ganham significado no contexto da ciência.

Por sua vez, no âmbito da discussão da medicina social Foucault (1979), ao realizar um estudo genealógico desse campo de saber, referente à reconstituição e determinantes históricos de sua etapa de construção, identifica três grandes etapas da passagem da medicina individual para a medicina coletiva.

Segundo Foucault, com o advento da sociedade industrial a partir do século XVIII, a Medicina se torna social e, segundo sua pesquisa, três formas irão se destacar: a Medicina de Estado desenvolvida na Alemanha; a Medicina do Espaço

---

<sup>22</sup> Cidadão e cidadania: da mesma forma desenvolvida por Thomas H. Marshall, cidadania é uma situação social que inclui três tipos distintos de direitos, especialmente em relação ao Estado: 1) Direitos Cívicos, que incluem o direito de livre expressão, de ser informado sobre o que está acontecendo, de reunir-se, organizar-se, locomover-se sem restrição indevida e receber igual tratamento perante a lei; 2) Direitos Políticos, que inclui o direito de votar e ocupar cargos em eleições livres; e 3) Direitos Socioeconômicos, que incluem o direito ao bem-estar e à segurança social. (JOHNSON, 1997, p.34)

Urbano na França; e a Medicina dos pobres, da força de trabalho, do operariado na Inglaterra.

#### a) A Medicina de Estado na Alemanha

Desenvolveu-se, sobretudo na Alemanha, foi denominada de Ciência de Estado. Agrupou duas questões importantes: Um conhecimento que tem por objeto o Estado em seus vários aspectos; e um conjunto de conhecimentos para melhor assegurar o seu funcionamento. Instituiu o inquérito como forma de disciplina no século XVIII.

A Prússia foi o primeiro modelo de Estado Moderno, instituiu um aparelho de Estado constituído por funcionários financiada, principalmente, pela burguesia que se viu isolada da participação da atividade econômica e do comércio mundial pelas sanções impostas à Alemanha após a guerra dos 30 anos, o saber médico foi à primeira forma de intervenção normalizada como profissão, a prática médica estatal visava à melhoria das condições de saúde da população estabelecendo-se o que se chamou de polícia médica.

Esta consistia em um sistema completo de observação das morbidades indo além de um simples sistema de contagem de mortos e vivos. O Estado solicitava, tanto aos hospitais como aos médicos de diversas regiões, a contabilidade dos importantes fenômenos epidêmicos e endêmicos observados. Nas universidades destinou-se a própria corporação médica os conteúdos atribuídos à formação, advindo daí à necessidade de normalizar o ensino médico, sendo a medicina e o médico o primeiro alvo da normalização pelo Estado. Assim, antes de se aplicar ao doente a noção de normal, esta foi aplicada primeiramente à categoria médica, sendo este o primeiro indivíduo a ser normalizado.

Institui-se uma organização administrativa para controlar a atividade médica, criaram-se departamentos especializados encarregados de acumular informações transmitidas pelos médicos, verificar como era realizado o esquadramento da população, que tratamento era dispensado e de forma reagiam ao aparecimento de uma doença epidêmica, muitos médicos foram nomeados

funcionários do governo, tornando a atividade médica subordinada ao poder administrativo do Estado, portanto essa medicina foi estatizada ao máximo.

#### b) A Medicina Urbana da França

Tem como marco histórico o final do século XVIII, com o fenômeno de urbanização e desenvolvimento das estruturas urbanas surge à necessidade da organização do território, visto que nesse período o país não constituía uma unidade territorial, o poder era detido por leigos, pela igreja, pela comunidade religiosa, corporações e representantes estatais do rei, além do intendente de polícia e os representantes dos poderes parlamentares.

Outro fato que contribuiu para o processo de organização do espaço urbano foi à questão da cidade ter se transformado em um importante pólo comercial de unificação de mercados, tendo a necessidade de recorrer a mecanismos de regulação.

Além da questão política, pois com o desenvolvimento das cidades a população pobre constituída de operários, desempregados e outros aumentaram consideravelmente fazendo aumentar as tensões, havendo a necessidade de se manter o controle sobre o espaço urbano por meio do esquadramento da população, pois já dizia um filósofo da época, “todas as vezes que os homens se reúnem, seus costumes se alteram; todas as vezes que se reúnem em lugares fechados, se alteram seus costumes e sua saúde”, nasce daí o medo urbano, a angustia diante do crescimento da cidade, do amontoamento da população, das epidemias urbanas, do cemitério.

Assim, ainda que a burguesia não tivesse o pleno poder sobre a cidade, lançou mão de um modelo médico e político de intervenção no espaço urbano baseado no sistema da quarentena, que consistia em um sistema bastante rigoroso em que as pessoas deveriam permanecer em seus locais de moradia a fim de serem facilmente localizadas, as cidades eram divididas em bairros ficando sob comando

de um administrador, os vigias de rua realizavam relatórios diários precisos aos prefeitos das cidades, em cada casa se fazia a desinfecção.

De acordo com Foucault (1979), o que é característico da medicina social urbana na França é que ela não é necessariamente uma medicina dos homens, dos corpos ou organismos, mas uma medicina das coisas, do ar, da água, da decomposição, uma medicina das condições de vida e de existência no espaço territorial urbano.

### c) A Medicina dos pobres na Inglaterra

Mas conhecida como a medicina da força de trabalho, do operariado, esta forma de medicina social se desenvolveu na Inglaterra por volta do século XIX, quando a população pobre passou a ser vista como um perigo para a sociedade, por razões políticas voltou-se especificamente para o controle da mão-de-obra da classe trabalhadora e da população pobre em geral.

Também denominada de medicina dos excluídos se desenvolveu com fortes características assistencialistas focalizando suas ações na população carente, visando o controle e manutenção da ordem burguesa. Economicamente esta medicina centrava suas ações na família por meio de organizações sociais de caridade que a princípio esteve sob o comando da Igreja Católica, sendo que, após o movimento da Reforma Protestante impulsionado por Martinho Lutero<sup>23</sup>, a assistência aos pobres passou a ser exercida pelo movimento laico e, sobretudo, pelo Estado de forma racional. É nessa esfera de atenção à saúde que provavelmente iremos encontrar a intervenção dos primeiros assistentes sociais, atuando em uma lógica de reafirmação aos princípios burgueses de adaptação às condições sociais exercendo função de “reformadores do caráter” social em ações de higiene e educação em saúde. Assim, na medida em que o sistema capitalista se desenvolvia, novas formas de racionalidades eram criadas como forma de responder a lógica racionalista imposta pelo poder dominante da burguesia em ascensão,

---

<sup>23</sup> Começou com Lutero em 1517, resultou de transformações socioeconômicas e políticas que vinham ocorrendo na Europa Ocidental nas relações de produção capitalista. (AQUINO, 1995)

gerando o desemprego em massa. As questões sociais geradas pelo sistema como desemprego, o surto de cólera em 1832, fez com que a burguesia dividisse o espaço urbano entre pobres e ricos, constituindo-se os bairros em que habitavam a população pobre e os bairros em que habitavam a população rica.

Contudo, é essencialmente com a Lei dos Pobres que a medicina inglesa torna-se uma medicina social, na medida em que no conjunto dessa legislação comportava o controle do corpo social pelo saber médico. O pobre que era beneficiado por este sistema, tornava-se também objeto de controle do poder dominante da burguesia. Com a Lei dos Pobres, a burguesia encontrou um meio apropriado de exercer uma assistência controlada por meio da intervenção médica, tratava-se na verdade de um controle médico sobre os corpos da população pobre.

A legislação médica contida na Lei dos Pobres correspondia aos interesses da burguesia em assegurar o seu domínio político no contexto social que era exercido por meio de diversas ações médicas como: controle de vacinação; organização dos serviços de controle de epidemias que obrigava as pessoas a declararem a existência de doenças perigosas na família; a localização de lugares insalubres e destruição dos focos de insalubridade.

Portanto, é nessa perspectiva estudada por Foucault (1979), e outros estudiosos das questões médicas e relações de poder que se pode caracterizar a existência da medicina social destinada a uma assistência controlada quer seja pelo Estado, ou pela burguesia emergente centrada no espaço urbano ou mesmo focado na força de trabalho.

## **CAPÍTULO 2: A POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO PARÁ**

### **2.1 A TRAJETÓRIA DA SAÚDE PÚBLICA NO PARÁ**

Para iniciar um estudo mais próximo da trajetória da Política de Saúde Pública no Pará, convém antecipadamente pontuar alguns fatores que deram origem a referida política no Brasil. Assim, no contexto brasileiro, embora hoje essa mesma política seja uma questão de grande relevância para as ações do Estado, nem sempre foi assim, pois, para se chegar ao atual Sistema Público de Saúde, ora denominado Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil viveu experiências inusitadas, desde o seu processo inicial de colonização ao momento atual, todos acompanhados por lutas ideológicas pelo poder, pressões sociais, movimentos políticos que impulsionaram as transformações sofridas nesse campo de atuação.

Na pesquisa realizada sobre a temática, verificou-se uma bibliografia um tanto escassa, sobretudo no que se refere à Região Norte. Bertolli Filho (1999) e Bordalo (2002) serviram de base para discutir a questão. O primeiro teórico desenvolveu um estudo abrangente sobre a “História da Saúde Pública no Brasil” desde a era colonial a contemporaneidade, em qual se pode descobrir fatos interessantes que ajudaram a entender melhor a lógica do atual sistema de saúde do Brasil, as relações de poder institucionalizadas, a hierarquia do saber centrado no conhecimento médico e a racionalização das práticas médico-assistenciais. O segundo autor traz uma contribuição significativa para a história da Medicina e da Saúde Pública no Pará, pois destaca acontecimentos importantes para a trajetória da Política de Saúde na região como a implantação da primeira Escola de Medicina da Região Norte.

Assim, do ponto de vista histórico da realidade brasileira, Bertolli Filho (1999) informa que:

[...] As primeiras referências sobre as terras e os indígenas descobertos em 1500 por Pedro Álvares Cabral davam à idéia de um paraíso terreno. A beleza e a grandiosidade das paisagens, a riqueza da alimentação, a pureza das águas e o clima ameno combinavam, aos olhos do europeu,

com a saúde dos habitantes do Novo Mundo. Segundo as descrições, os índios que ocupavam a região litorânea do Brasil eram robustos e ágeis, desconhecendo as mortais enfermidades que naquele período ceifavam milhares de vidas em todo o continente europeu. (BERTOLLI FILHO, 1999, p.5)

Mesmo diante dessa imagem, ainda no século XVI, foram criados os primeiros cargos na área da saúde: o físico-mor e o cirurgião-mor pelo Conselho Ultramarino Português, mas poucos se candidataram ao cargo, permanecendo vago por um longo período devido aos baixos salários e o medo que poderiam enfrentar na nova terra descoberta.

Assim, de acordo com Bertolli Filho (1999), a imagem do Brasil como um paraíso eterno durou pouco tempo, sendo que por volta do Séc. XVII, a colônia já era vista como o “inferno verde”, onde os colonizadores e escravos tinham poucas chances de sobrevivência devido aos conflitos com os índios, dificuldades materiais de existência na região e as enfermidades freqüentes.

Os poucos médicos e cirurgiões que se instalaram no Brasil encontram todo tipo de dificuldade para exercer a profissão. Além do imenso território e da pobreza da maior parte dos habitantes, que não podiam pagar uma consulta, o povo tinha medo de se submeter aos tratamentos. Baseados em purgantes e sangrias<sup>24</sup>, esses tratamentos em geral enfraqueciam os pacientes e causavam a morte daqueles em estado mais grave. Em vez de recorrer aos médicos formados na Europa, a população colonial, rica ou pobre, preferia utilizar os remédios recomendados pelos curandeiros negros ou indígenas. (BERTOLLI FILHO, 1999, p.6)

Os serviços de saúde existentes eram pouco eficientes o que contribuía para que a orientação dos médicos não tivesse tanto poder de influência na população, a não ser nos períodos de epidemia <sup>25</sup> como o surto de varíola e de febre amarela. E nesses casos, tanto médicos como curandeiros pouco podiam fazer pela população, por desconhecimento das doenças, e com isso muitos morriam sozinhos em lugares isolados, insalubres ou distantes das áreas mais povoadas.

Bertolli Filho (1999) afirma que a vinda da Família Real para o Brasil, em 1808, trouxe alterações significativas para o país, pois foram estabelecidas

---

<sup>24</sup> Ato de extrair sangue do corpo do enfermo, com objetivo de curá-lo. (BERTOLLI FILHO, 1999, p.6)

<sup>25</sup> Aparecimento, difusão rápida e passageira de uma doença infecto-contagiosa ou não – que atinge um grande número de pessoas ao mesmo tempo. (Ibid., p.7)

mudanças na administração pública colonial, sobretudo na área da saúde para atender as necessidades de sobrevivência no novo território ocupado. Assim, com a vinda da família real, tem início a trajetória da Saúde Pública no Brasil.

Por ser o Rio de Janeiro a sede provisória do Império, esta se tornou o centro das ações sanitárias por determinação do poder imperial, configurando o processo inicial de institucionalização da Política de Saúde no país. As questões sanitárias ganharam destaque nas ações imperiais, e como forma de organizá-la para garantir um atendimento mais constante, investiu-se em Centros de Formação de Médicos, onde foram fundadas as Academias Médico-Cirúrgicas no Rio de Janeiro em 1813, e na Bahia em 1815, posteriormente transformadas nas duas primeiras Escolas de Medicina do país, sendo que, em 1829, Dom Pedro I determinou a criação da Imperial Academia de Medicina que funcionou como órgão consultivo do imperador das questões ligadas à Saúde Pública Nacional, criando-se também a Junta de Higiene Pública.

De acordo com Bertolli Filho no período Imperial ocorreram muitas doenças infecciosas que eram disseminadas pelos viajantes por todo o país até mesmo entre os índios na Amazônia. Os médicos do Império não conseguiam evitar as doenças e acreditavam que os navios vindos do estrangeiro seriam os principais causadores das epidemias como varíola, febre amarela e cólera.

Em 1828, foi organizado a Inspetoria de Saúde dos Portos, que obrigou as embarcações suspeita de transportar pacientes enfermos a se submeterem ao sistema da quarentena, numa ilha próxima a baía de Guanabara. Como já existia, na época, a vacina contra varíola, a junta de Higiene Pública exigiu que toda a população da corte fosse vacinada.

A medicina da época do Império era pouco eficiente, nos casos mais graves os doentes ricos buscavam assistência médica na Europa ou em clínicas particulares que começavam a surgir na Região Serrana Fluminense. Aos pobres restavam os curandeiros, pois os doentes tinham medo de serem internados nos raros hospitais públicos e nas Santas Casas, pois, não muito diferente do continente europeu no marco do surgimento dos hospitais, nestas instituições as enfermarias eram locais insalubres, internavam doentes de diversas patologias, caracterizando-

se em um espaço social em que as pessoas que não tinham recursos financeiros iam para certamente morrer. Assim, de acordo com o referido autor, no final do segundo reinado, o Brasil continuava sendo visto com um dos países mais insalubre do mundo.

No período republicano, em 1889, o lema era modernizar o Brasil a todo custo, tendo em vista as concepções positivistas que pregavam o estabelecimento da “ordem e progresso”. Foi determinada a reorganização dos serviços sanitários estaduais, os médicos higienistas receberam incentivo do governo federal, passando a ocupar cargos importantes na administração pública. Com isso, de acordo com Bertolli Filho (1999), as autoridades paulistanas ordenaram que apenas os médicos diplomados (em faculdades de medicina do Brasil e do Exterior) poderiam tratar da saúde da população.

Contudo, vale ressaltar que às poucas investigações sobre a questão da Saúde Pública no Brasil, identificam que é a partir do século XX, que a saúde passa a se configurar em bases científicas modernas no país.

O desenvolvimento da medicina em bases científica no país, conforme se verifica em Bertolli Filho (1999), contribuiu para que o saber médico se tornasse dominante na esfera de atenção da saúde, tal como se verifica em Merhy (1992).

Entende-se que a predominância dos médicos, não foi casual, mas esteve vinculada, pelo menos a duas grandes questões: uma que se refere ao fato de que o campo define o seu objeto de ação a partir da concepção do processo saúde-doença, com o paradigma da clínica; e outra que se refere ao fato de os médicos terem se tornado uma categoria socialmente legítima para “falar” das políticas de saúde, como consequência de um conjunto de determinações históricas. No Brasil é interessante verificar que os médicos conquistaram o seu lugar social, disputando-o com outros profissionais, desde o período imperial. (MERHY, 1992, p.51)

A pesquisa de Merhy (1992) confirma que os médicos, especialmente os médicos sanitaristas do Rio de Janeiro, tornaram-se os formuladores das Políticas de Saúde Pública, foram eles os principais atores da lógica do desenvolvimento das políticas de saúde em todas as regiões do país.

Para Bertolli Filho (1999), a saúde no Brasil se efetiva como Política Pública a partir da década de 30, quando Getúlio Vargas, incluiu no conjunto de suas

reformas a área sanitária, ao instituir um ministério compartilhado dos setores da Educação e Saúde, tendo como titular Francisco Luís da Silva Campos, que determinou a ampliação dos serviços sanitários do país, visando estabelecer um processo organizativo sistemático, burocráticas, com ações centralizadas político-administrativa constituindo uma nova era governamental no país.

Mas, é na década de 50, segundo alguns teóricos como Bertolli Filho (1999), Hamilton e Fonseca (2003), que se intensificaram manifestações nacionalistas visando à afirmação do país como potência capaz de alcançar seu próprio desenvolvimento econômico, independente, sobretudo, do apogeu norte-americano. Essas idéias fizeram crescer o desejo de se criar um órgão específico da saúde, que pudesse de forma autônoma determinar as mudanças e melhorias no campo assistencial da saúde.

A intenção de criar um ministério específico para o setor da saúde não era uma proposta inicial daquele período de nossa história política. No decorrer do processo de institucionalização da Saúde Pública no Brasil – intensificada a partir dos primeiros anos do século XX, quando se iniciaram os debates relativos ao tema e começaram a ser implementadas reformas na área da saúde –, encontram-se várias propostas relativas à criação do Ministério da Saúde que, por diferentes razões não chegaram a se concretizar. (HAMILTON; FONSECA, 2003)

Assim, de acordo com Hamilton e Fonseca (2003), no segundo período presidencial de Vargas, mais especificamente no dia 25 de julho de 1953, após anos de luta de lideranças políticas, foi criado o Ministério da Saúde, sancionado pela lei nº1.920/53, contando inicialmente com verbas irrisórias para a nova pasta. Vale ressaltar que, conforme informado, o referido órgão já existia desde a década de 30, mas de forma vinculada a Política de Educação, com a denominação de Ministério da Educação e Saúde.

Para resolver as questões específicas da área da Saúde Pública, antes da criação da nova pasta ministerial, foi criado o Departamento Nacional de Saúde (DNS), cuja estrutura original foi herdada pelo novo ministério, conforme afirma Lima e Pinto (2003).

Agora, contextualizando a Região Norte, será verificado como a Política de Saúde Pública se configurou no Pará, tendo em vista os fatos significativos desse

período, e para isso, toma-se como marco referencial o período republicano, onde já existia o desenvolvimento de algumas ações de saúde na esfera da Política Sanitarista na sociedade paraense.

De acordo com Bordalo (2002), o Pará, no período republicano, já possuía cerca de 300 mil habitantes. O Estado, nesse período histórico, dispunha de uma “organização” sanitária pouco eficiente, constituída por emissários e juntas de higiene. A partir de 1894, o Pará foi dividido em dezesseis regiões sanitárias, constituindo-se um médico residente para cada região, cujo propósito na época representou um grande avanço no campo da saúde, pois era uma forma de garantir a cobertura de assistência médica na região, sobretudo nos interiores como forma de conter o avanço das doenças.

Por sua vez, em decorrência do aumento populacional e dos agravos na área da saúde cujas ações se tornaram insuficientes, os serviços higienistas foram reorganizados pelo Estado, criando-se um corpo de médicos que assumiriam as funções de inspetor, auxiliares, vacinadores, demógrafos e químicos. E, posteriormente em 1896, no governo Lauro Sodré, os serviços de higiene foram divididos em quatro ações técnicas, quais sejam: os Laboratórios de Análises, Vacinação Animal, Demografia Sanitária e Profilaxia.

Dois anos após, o Governador Paes de Carvalho ampliou o serviço, acrescentando as divisões: a bromatologia, o laboratório, a farmácia, a política sanitária de animais e o Lazareto<sup>26</sup>, inaugurando-se os hospitais de isolamento “Domingos Freire” para os doentes acometidos pela febre amarela e o hospital de “São Sebastião” para os doentes infectados por varíola.

O ciclo da borracha foi extremamente determinante para o desenvolvimento econômico e político do Pará, e conseqüentemente para a política de saúde na Região Norte. Nesse período investiu-se no desenvolvimento de ações sanitárias com recursos vindos do exterior de órgãos estrangeiros interessados na exploração da borracha. Contudo, essas ações não visavam o bem-estar da

---

<sup>26</sup> Local destinado à quarentena de pessoas acometidas pela lepra (o mesmo que Hanseníase). (cf. Dicionário Aurélio, 2002)

população em geral, e sim garantir mão-de-obra necessária à exploração da borracha.

Dessa forma, as forças políticas vinculadas a interesses de classes vieram delineando o campo de atuação da Saúde Pública no Pará, não necessariamente para beneficiar a população carente, acometida pelas doenças como febre amarela, varíola, tuberculose, lepra e etc., mas sobretudo para atender as exigências do sistema vigente no país, imbuído do espírito capitalista em uma lógica de racionalidade pautada pelo mundo ocidental, na tentativa de inseri-lo no cenário mundial das relações comercialmente institucionalizadas.

Portanto, suas ações se concentraram, inicialmente, em uma esfera de intervenção mais superficial e não de assistência direta a população como uma Política de Estado, tal como vivenciamos na atual conjuntura. Vale ressaltar que os interesses em jogo, sobretudo no aspecto econômico, determinaram os espaços ocupados pela classe médica, tendo sua expressão maior no desenvolvimento de ações sanitárias e higienistas.

Isso permite que se pontue também que, embora se tenha a intenção de levantar o debate numa perspectiva histórica buscando discorrer sobre a Política de Saúde no Brasil e no Pará, é difícil se eximir da discussão política e dominante no campo da saúde correspondente as relações de poder, pois, ainda que se tenha em mente a condição histórica dos sujeitos responsáveis pelo processo de institucionalização e reafirmação de ações instituídas e reafirmadas pelo coletivo, em geral a ocupação desses espaços são determinados por forças políticas e ideológicas de grupos específicos que detêm o capital econômico, cultural e social. E isso, em uma sociedade regida pela racionalidade, pela instrumentalidade, pela organização burocrática, certamente determina a ocupação de espaços hierarquizados com maior ou menor poder de intervenção na realidade social.

No contexto econômico, considera-se que o desenvolvimento da região em torno das descobertas de riquezas naturais da Amazônia, como o látex (a borracha), permitiu que as grandes potências mundiais comesçassem a valorizar as questões surgidas no território amazônico. Assim, em 1900, chega a Belém uma expedição científica com finalidade de realizar estudos sobre febre amarela, pois a

doença já tinha se tornado endêmica na região, despertando interesse, inclusive, dos pesquisadores estrangeiros.

Em 1910, Oswaldo Cruz chega a Belém com a finalidade de desenvolver medidas científicas profiláticas contra a febre amarela, que foi erradicada em 1912, na área urbana, visto que na zona rural ainda hoje o problema persiste porque a eliminação do vetor nessas áreas se torna mais difícil devido as condições climáticas, ambientais e sócio-econômicas, além do que a floresta amazônica é o *habitat* do mosquito. Para esse procedimento, o cientista adotou as mesmas medidas tomadas para sanear a cidade do Rio de Janeiro como exterminação dos mosquitos do gênero *Stegomyia* (hoje denominado do gênero *Aedes*), isolamento dos doentes, expurgo nas residências dos infectados e vigilância médica. Vale ressaltar que, Oswaldo Cruz contou com apoio da equipe médica local, entre os quais, Ophir Loyola, nomeado para compor a comissão.

Dessa forma, até 1914, inexistia no Pará órgão normalizadores e fiscalizadores do setor saúde, pois ainda não havia, àquela época, um departamento ou secretaria estadual de Saúde Pública.

Ao início do século XX, [...], a saúde coletiva no Pará encontrava-se ainda em fase embrionária, já que inexistiam políticas de saúde pública na verdadeira acepção do termo, ou seja, o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por intermédio de atores governamentais, [...], (BORDALO, 2002, p.29).

De acordo com Bordalo (2002), no período já citado, as ações governamentais na área da saúde restringiam-se a ações de isolamento dos enfermos, tais como as medidas adotadas por Oswaldo Cruz em 1910, já mencionadas. Quanto à população de baixa renda, o acesso à assistência e à saúde se dava por via dos hospitais filantrópicos como a secular Santa Casa de Misericórdia.

Contudo, é importante ressaltar que no dia 9 de janeiro de 1919, foi criada a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, sendo a primeira Escola da Região Norte e a décima do país, foi efetivada em 1º de maio com aula inaugural

ministrada no Ginásio da Escola Paes de Carvalho. (Revistas Paraense de Saúde Médica, jun./jul., 2004) <sup>27</sup>.

Em 30 de agosto 1951, foi criada a Secretaria Executiva de Saúde Pública do Pará (SESPA), através da Lei Nº400/51, e, em 1956, o Departamento Nacional de Endemias Rurais que contou com o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP, criado na década de 40), para sanear as regiões de exploração da borracha amazônica e a Vale do Rio Doce.

De acordo com Machado (2000), o período histórico da década de 40 – 60 no Pará, não pode ser visto de forma isolada da conjuntura nacional do País, mas pensada no contexto da emergência do capitalismo sob o impacto da II Guerra Mundial.

Belém, considerada a metrópole da Amazônia, maior cidade da Região Norte, desponta como pólo concentrador de populações migrantes, vindas de várias regiões, que se aglomeraram em torno da cidade, fazendo desta um dos dez maiores aglomerados do país. Nas décadas de 40 a 60 se agravava o quadro social com a agudização da pobreza e da questão da saúde devido ao surgimento de vários tipos de doenças como lepra, tuberculose, malária etc. (MACHADO, 2000, p.15)

Do ponto de vista político, a mencionada autora informa que o período em questão foi marcado pelo efeito da ditadura da Era Vargas, e no âmbito local pelo domínio legal do então governador Magalhães Barata, que ficou quase trinta anos no poder, decorrido em outros cargos.

Diante desses fatos, compreende-se que a trajetória da Saúde Pública no Pará alcançou resultados significativos a partir do século XIX, especialmente com a criação de instituições de grande relevância para a região como a Faculdade de Medicina, a criação do SESP, da Sociedade Médico-Cirúrgica, da SESPA, dos grandes Hospitais Públicos e Filantrópicos como a Santa Casa de Misericórdia, a Universidade Federal do Pará e do próprio Curso de Serviço Social que compreendia ser esta uma profissão que iria contribuir para o trabalho assistencial na área da saúde, pois assim era visto pelos médicos e demais profissionais na década de 50.

---

<sup>27</sup> REVISTA PARAENSE DE SAÚDE MÉDICA. Belém, ano 1, n. 2, jun./jul. 2004.

## 2.2 MARCO HISTÓRICO DOS HOSPITAIS PÚBLICOS E FILANTRÓPICOS NO PARÁ

A discussão em torno dos hospitais públicos e filantrópicos no Pará é de grande relevância para a compreensão do espaço de trabalho dos profissionais que atuam na área da saúde, especialmente os assistentes sociais. Na pesquisa de campo desta dissertação foram pesquisados 10 (dez) hospitais que são referências em Saúde Pública no Pará. Destes, 3 (três) já foram extintos, mas foram citados na pesquisa pelo grande valor que possuem para o marco histórico dos hospitais da Região Norte; 4 (quatro) foram classificados como Hospitais Escolas<sup>28</sup> pela pesquisa em questão (FSCMPA, HUIBB, HOL e HUBFS), dos quais somente dois são certificados como Hospital Escola (FSCMPA e HUIBB); 1 (um) é Hospital Público Estadual; e 2 (dois) são Hospitais Privados e “Filantrópicos”<sup>29</sup>. Dito isso, inicia-se a discussão.

Houve um tempo em que todos nós nascíamos em nossas casas. As mulheres quase sempre davam à luz no local onde moravam, e as pessoas atribuíam uma enorme importância ao ponto exato onde tinha nascido – na comunidade ou no vilarejo local, nesta ou naquela sala – o principal quarto da casa da mãe. Assim que comessem as primeiras contrações, as mulheres no local reuniam-se para ajudar. O trabalho de parto geralmente acontecia em frente à lareira, especialmente se o tempo lá fora estivesse frio. Trazia-lhe palha para espalhar no chão, de um jeito bem parecido com o que se fazia no estábulo quando um bezerro nascia. (GIDDENS, 2005, p. 183)

De acordo com Giddens (2005), antes do século XIX as mulheres grávidas não dispunham de outro recurso na comunidade a não ser a solidariedade de outras mulheres para realizar o parto, a idéia de contar com a ajuda de uma pessoa fora da comunidade contrariavam o hábito cultural da população. O autor informa que, nos escritos dos padres e dos conselheiros da época “as mulheres

<sup>28</sup> Hospitais Certificados pela Portaria Interministeriais MEC/MS nº. 1000, de 15 de abril de 2004.

<sup>29</sup> Vale ressaltar que, embora tido como “Filantrópicos” por atender usuários do SUS, na atual conjuntura considera-se que inexistem hospitais privados “filantrópicos”, pois ainda que seus serviços sejam oferecidos à população carente demandada pelo sistema de saúde pública, o SUS paga a esses hospitais por cada tipo de atendimento disponibilizado a esses usuários.

deveriam ajudar as outras mulheres”; e a parteira era a figura principal desse sistema de ajuda. Esta tinha que ser dotada de algumas qualidades como experiência em auxiliar nascimento, “boa mãe”, saber trabalhar com a dor do parto no nascimento da criança, precisava ser forte, robusta, ágil, cortês, sem defeitos físicos, ter mãos longas e flexíveis. Espiritualmente deveria ser virtuosa, discreta, prudente, boa conduta e hábitos regulares, onde o caráter subjetivo da relação se sobrepunha à relação objetiva.

Segundo Giddens (2005), hoje “é mais comum às mulheres darem a luz em um hospital”. Esse local é agora um grande e impessoal hospital, cujo nascimento das crianças é controlado e monitorado por profissionais de saúde da instituição, especialmente os médicos especializados em obstetrícia.

A afirmativa levantada pelo autor sobre a reflexão do contexto das relações de convivência social espontânea na comunidade – ora transformada em relações institucionalizadas pelas grandes organizações em consequência do desenvolvimento do aparato tecnológico e científico, que possibilita aos técnicos a formação de um conhecimento específico em um determinado campo de saber, como a área da saúde – permite que se problematize a realidade da constituição dos hospitais no Brasil, em especial no Pará, para que se possa compreender a lógica construída em torno domínio legal instituído nas relações hierarquizadas nas referidas organizações, como parte de um modelo ideal construído e reafirmado pelo coletivo. Entretanto, para se conhecer como essa realidade se constitui no Pará é preciso partir de uma visão mais geral do cenário paraense.

De acordo com Bordalo (2002), as Santas Casas de Misericórdias são as mais antigas das instituições de piedade e caridade que se tem conhecimento, elas se dedicaram a prestar assistência aos “desvalidos da sorte”. Tiveram papel relevante nas grandes epidemias ocorridas na Europa nos séculos XIV e XV. Foi com esse espírito de misericórdia que surgiram os primeiros albergues e/ ou asilos no Brasil que mais tarde deram origem aos atuais Hospitais das Santas Casas.

Contudo, no Pará, a assistência aos desvalidos tem início no século XVIII, com a constituição do primeiro hospital da região, o Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres (descrito a seguir), e segue sua trajetória com a construção de

novos hospitais, que serão descritos em ordem cronológica, a partir desse parágrafo, centrando a pesquisa nos hospitais públicos e filantrópicos da região:

### **A) Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres (25/07/1787)**



**Foto 1:** Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres.

**Fonte:** (BORDALO, 2002, p.60).

Hospital filantrópico, constituído e inaugurado pelo Benemérito Bispo D. Frei Caetano Brandão, em 25 de julho de 1787, foi o primeiro hospital a recolher e tratar dos enfermos carentes, localizado no Largo da Sé, onde posteriormente passou para o patrimônio da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Segundo Bordalo (2002), o prédio era de alvenaria e madeira, dividido em três pavimentos, com sala do consultório, botica (antiga denominação da farmácia), enfermarias, cozinha, aposentos de escravos e um cais de cantaria com escada para o rio. Este hospital foi de grande importância para época, pois foi o único a tratar dos casos de varíola (1819) e de febre amarela (1850).

Vale ressaltar que entre os anos de 1814 a 1818 e início do século XX, o Leprosário do Tucunduba, (Lazarento como também era conhecido), situado às margens do Igarapé (Tucunduba), no Bairro do Guamá (atual *campus* Universitário

da UFPA), começou a abrigar leprosos e alienados<sup>30</sup>, sem tratamento específico, que viviam segregados em ambiente insalubres e promíscuos nos albergues. Sua estrutura física era de um grande galpão pertencente anteriormente à primitiva Olaria da Ordem dos Mercedários, foi doado à irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará, o Leprosário teve uma existência curta, sendo desativado pela Vigilância Sanitária e os doentes transferidos para a Colônia do Prata (Marituba)<sup>31</sup>, que apresentava melhores condições de atendimento com uma área ampla.

### **B) Hospício dos Alienados<sup>32</sup> (27/08/1892)**



**Foto 2:** Hospício dos Alienados.  
**Fonte:** (BORDALO, 2002, p.62).

Hospital filantrópico foi construído no final do século XIX, denominado Hospício dos Alienados, criado para acolher os dentes mentais situado à antiga Avenida Tito Franco, Bairro do Marco da Légua. No dia 27 de agosto de 1892, a Santa Casa de Misericórdia assume a direção do hospício que, em 1973, passou a se chamar Hospital Juliano Moreira. Esse hospital foi desativado e demolido no início

---

<sup>30</sup> O mesmo que alienação. (lat. *Alienatio*, de *alienare*: transferir para outrem, alucinar, perturbar). Estado do indivíduo que não mais se pertence, que não detém o controle de si mesmo ou que se vê privado de seus direitos fundamentais, passando a ser considerado uma coisa. (JAPIASSÚ; MARCONDES, 1996, p.6)

<sup>31</sup> Município pertencente ao Estado do Pará, situado na região metropolitana de Belém.

<sup>32</sup> Idem.

da década de 80, devido a severas críticas que acusavam as condições desumanas no atendimento aos alienados (doentes mentais), bem como a precária estrutura física do hospital<sup>33</sup>.

### C) Hospital da Ordem Terceira (01/01/1867)



**Foto 3:** Hospital da Ordem Terceira.  
**Fonte:** (BORDALO, 2002, p.74).



**Foto 4:** Hospital da Ordem Terceira.  
**Fonte:** (ALBIM. set. 2006).

De acordo com Bordalo (2002), a Irmandade da Ordem Terceira talvez seja uma das irmandades religiosas mais antigas de que se tem conhecimento, cujo fundador e o período são desconhecidos. Sabe-se apenas, que suas regras (regulamentos) foram aprovadas pelo Papa Nicolau IV, em 18 de agosto de 1389, e se espalhou pelo mundo, difundindo o Cristianismo.

No Pará, segundo Bordalo (2002), a Ordem Terceira provavelmente foi fundada em 1626 (irmandade religiosa). Além de ser um Hospital Privado, é,

<sup>33</sup> A desativação do Hospício dos Alienados (Hospital Juliano Moreira) tem relação com um movimento maior denominado Reforma Psiquiátrica. Trata-se de um movimento democrático impulsionado na década de 70, e intensificado no Brasil a partir dessa década de 80, pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, e posteriormente pelo Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), comprometidos com o princípio de uma nova clínica de atendimento aos portadores de transtorno mental e por “uma sociedade sem manicômio”. (ALBIM, 2001)

também, caracterizado como um “hospital filantrópico”<sup>34</sup>, pois destina uma parte de seu atendimento nas enfermarias aos pacientes encaminhados pelo SUS. Encontrase, ainda hoje, situado no antigo Largo de Santo Antônio com a Tv. Frei Gil, contudo, já está em construção um novo prédio para a instalação do hospital no Bairro do Guamá.

O hospital começou a ser construído no dia 24 de junho de 1864, e foi fundado no dia 1º de janeiro de 1867. Sua estrutura física inicial era constituída de três pequenas enfermarias, a maternidade só foi inaugurada em junho de 1920, sob a direção do médico Agostinho Menezes Monteiro, informa Bordalo (2002).

#### **D) Sociedade Portuguesa Beneficente do Pará/ Hospital D. Luiz I (29/04/1877)**



**Foto 5:** Sociedade Portuguesa Beneficente do Pará/ Hospital D. Luiz I.  
**Fonte:** (BORDALO. 2002. p.70).



**Foto 6:** Sociedade Portuguesa Beneficente do Pará/ Hospital D. Luiz I.  
**Fonte:** (ALBIM, set. 2006).

A Sociedade Portuguesa Beneficente do Pará é, também, uma instituição privada e “filantrópica”<sup>35</sup>, pois da mesma forma que o Hospital da Ordem Terceira, mantém parte de seu atendimento nas enfermarias aos pacientes encaminhados pelo SUS. O Hospital foi fundado no dia 8 de outubro de 1854, com finalidade de ser uma instituição de beneficência que pudesse prestar assistência e

<sup>34</sup> *Idem*, cf. p.60.

<sup>35</sup> *Idem*, cf. p.60.

amparo aos portugueses carentes e enfermos, assim como aos idosos abandonados. Para isso, construiu-se o Hospital D.Luiz I, sito à Tv. Dois de Dezembro (atual Generalíssimo Deodoro), entre João Balbi e Boaventura, que foi inaugurado no dia 29 de abril de 1877. Continua, ainda hoje, atuando no mesmo local.

### **E) Hospital Domingos Freire (29/04/1900)**



**Foto 7:** Hospital Domingos Freire.  
**Fonte:** (BORDALO, 2002, p.60).

No dia 29 de abril de 1900, na Rua dos Mundurucus, foi inaugurado um novo hospital “Hospital Domingos Freire”, projetado para ser uma instituição de isolamento para tratar de pacientes acometidos pela febre amarela, pois a mortalidade na época era grande, contudo, a erradicação dessa moléstia só foi possível devido à campanha liderada pelo médico e sanitarista Oswaldo Cruz no início do século XX. O referido hospital foi administrado pela Irm. Santa Casa de Misericórdia do Pará e recebia não só pacientes com febre amarela como também imigrantes nordestinos. Em decorrência disso foi construído um outro hospital anexo (Hospital São Sebastião). Bordalo (2000) ressalta que durante as duas últimas décadas do século XIX, era intenso o fluxo migratório para a Amazônia e Pará,

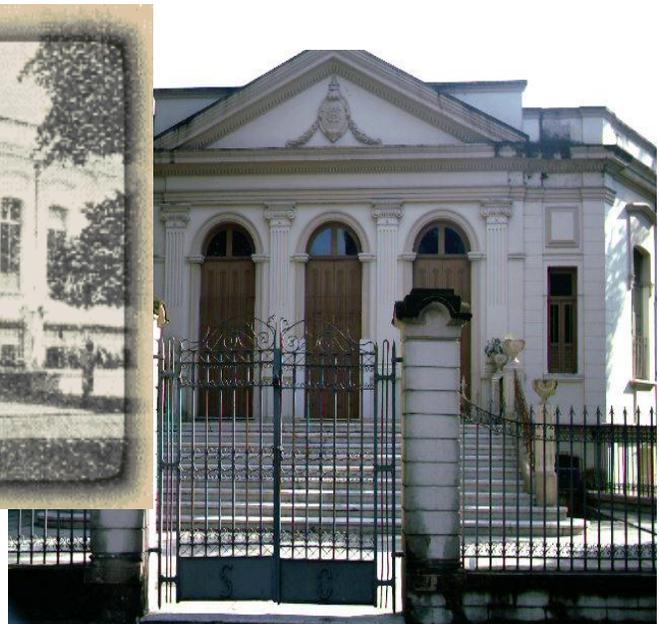
contribuindo para o aumento do número de casos de febre amarela. O hospital foi construído com finalidade de isolar os casos em Belém-PA. Após controlado o surto epidêmico, em meados do século XIX, o hospital passou a receber enfermos de tuberculose até o final da década de 40, sendo demolido. Atualmente, no mesmo local, foi construído o Hospital João de Barros Barreto na década de 50 (descrito mais adiante).

#### F) O Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará (15/08/1900)<sup>36</sup>



**Foto 8:** O Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará.

**Fonte:** (FSCMPA/Internet, acesso em 2006).



**Foto 9:** O Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará.

**Fonte:** (ALBIM, set. 2006).

O processo de institucionalização do Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, é algo bastante complexo de compreender. A referida instituição vivenciou importantes momentos da história do Pará, que contribuiu para a sua atual razão social, na condição de Fundação Pública Estadual. Sua trajetória tem início antes mesmo de 1900, com ações de caridade promovida pela Irm. da SCMP.

<sup>36</sup> Antes da sua fundação no Bairro do Umarizal, onde se encontra em funcionamento, atualmente, a FSCMPA, existia somente a Irm. SCMP que gerenciava várias obras de caridade, dentre as quais o Hospital Senhor Bom Jesus dos Pobres, administrado por essa irmandade desde 1808.

De acordo com pesquisa realizada por Bordalo (2000), há uma polêmica quanto à fundação da Irm. da Santa Casa de Misericórdia do Pará (Irm. SCMP)<sup>37</sup>, o autor refere que de acordo com Arthur Viana, este fato se deu em 1650 e não em 1619, sendo o fundador desconhecido, situado na rua Santo Antônio, com a Praça Barão de Guajará (antigo Largo da Misericórdia). Essa Irmandade prestava atendimento médico-assistencial aos “desvalidos da sorte”, por intermédio do “Hospital de Caridade Senhor Bom Jesus dos Pobres”. Contudo, após mais de um século de serviços prestados sob a administração da Irm. Santa Casa, o referido hospital se tornou pequeno para atender a população do Estado, havendo a necessidade de construir um novo hospital com maior capacidade de atendimento.

No início da República, ou seja, em 1889, o Governador do Estado, Justo Chermont, colocou a disposição da Irm. SCMP recursos financeiros para a construção do novo hospital, sendo esta a primeira intervenção do Estado, onde no dia 1º de janeiro de 1890, foi lançada a pedra fundamental do prédio do que viria a ser o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará, contudo, as obras foram interrompidas em 1893. A construção durou dez anos, e de acordo com Bordalo (Idem), nessa época, o Pará vivia o período áureo do 1º ciclo da borracha.

Em relação ao corpo clínico do início do século XX, Bordalo (2000) nos informa que a formação universitária dos médicos que atuavam no Pará, era muito diferente da atualidade, pois até o início do século, havia no Brasil apenas duas faculdades de medicina (na Bahia e no Rio de Janeiro). Em 1919, surge à Faculdade de São Paulo e a Faculdade de Medicina e Cirurgia no Pará. Assim, muitos médicos paraenses, no início do século XX, cursaram medicina na Bahia, Rio de Janeiro, e em Lisboa chegando a Belém, já graduados. O médico dessa época tinha um conhecimento mais amplo, pois a especialização tinha pouco valor, o que é bem diferente da atualidade. Diferentemente daquela época, hoje se convive com os avanços no campo científico e tecnológico que trouxeram contribuições significativas para o desenvolvimento da humanidade em seu ambiente natural e social, relacionadas às condições de existência em sociedade, mas que também

---

<sup>37</sup> Segundo Bordalo (2000), poucos sabem que as Santas Casas de Misericórdia são de origem italiana. Considera que seja a mais antiga das organizações de caridade existente na Europa, destacando-se nos séculos XIV e XV, na intervenção das grandes epidemias surgidas na época.

transformou o especialista num “expert na parte” e se perdeu a dimensão de totalidade do ser social.

Até a década de 40, boa parte da população, sobretudo, os desvalidos eram atendidos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará. Atualmente, pode-se dizer que a mesma instituição, ainda mantém a característica de Hospital Geral, mas já busca incorporar serviços mais especializados ao atendimento materno-infantil. Atende principalmente mulheres grávidas e crianças em situação de risco, realiza pré-natal de alto risco e desenvolve uma política de incentivo ao aleitamento materno, cuja ação lhe rendeu o Título de “Hospital Amigo da Criança”, concedido pelo Ministério da Saúde/ UNICEF.

O Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará tem como missão prestar assistência hospitalar a população de baixa renda, estimular o ensino e a pesquisa em saúde; busca continuamente a qualidade e a satisfação do usuário, mediante o atendimento baseado nos princípios do SUS, na universalização e priorizando o atendimento humanizado com respeito aos direitos do cidadão.

### **F.(1) A FSCMPA<sup>38</sup> COMO HOSPITAL ESCOLA (A partir de 1950)**



**Foto 10:** A FSCMPA como Hospital Escola.

**Fonte:** (ALBIM, set. 2006).

---

<sup>38</sup> O Hospital Santa Casa de Misericórdia passou a condição de Fundação em 1990, antes desse período era caracteriza como Associação Civil de Caridade.

O Hospital Santa Casa de Misericórdia do Pará, desde a fundação tem se colocado como campo fértil de aprendizado para os profissionais da área da saúde, sobretudo, os médicos residentes. Contudo, somente a partir da década de 20 é que se pode caracterizá-lo como Hospital Escola, pois já existia no Estado a Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, que estabeleceu parceria com o Hospital e ocupou todas as cadeiras de clínica, exceto a psiquiatria cujas aulas teórico-práticas eram ministradas no Hospital Juliano Moreira. Segundo Bordalo (2000), a relação professor x aluno era autoritária e rigidamente disciplinada.

Para Bordalo (2002), a década de 50 a 80, foi significativa para a atividade acadêmico-científica, pois foi nesse período que se efetivou a pesquisa nas Enfermarias Escolas da Santa Casa na Clínica Médica, Dermatologia e Pediatria. Foram produzidas importantes pesquisas científicas pelos médicos e professores pesquisadores: Afonso Rodrigues Filho, Camilo Martins Viana, Domingos Barbosa da Silva, Abelardo Santos e Manoel Aires.

Por ser, reconhecidamente, um Hospital Escola, oferece residência médica em Pediatria, Maternidade, Clínica Médica e Clínica Cirúrgica, além do Centro de Recuperação Nutricional – CERENU e outros Programas Institucionais. Conta com 402 leitos para internação em Clínica Médica, Pediatria, Cirúrgica, Toco-Ginecologia e Neonatal possui 3 (três) Unidade de Terapia Intensiva – UTI, com 37 leitos. Conta ainda com 110 (cento e dez) consultórios ocupados, sendo dois na área ambulatorial, e um destinado ao atendimento do Serviço Social, conta também com consultas especializadas de Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Cardiologia, Nefrologia, Toco-Ginecologia, entre outras. No âmbito do Ensino e da Pesquisa dispõe de campo de estágio para diversos cursos, dentre os quais o Serviço Social. Possui convênio para Estágio Curricular com as instituições universitárias da UFPA, UEPA, Universidade da Amazônia – UNAMA, CESUPA, além de cursos profissionalizantes. Conta com uma equipe multiprofissional de 512 (quinhentos e doze) profissionais de nível superior, sendo 28 (vinte e oito) assistentes sociais<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Atualmente, a FSCMPA já conta com 46 (quarenta e seis) assistentes sociais em seu quadro de pessoal.

**G) Hospital Ofir Loyola e o Hospital dos Servidores do Estado  
(06/10/1912)<sup>40</sup>**



**Foto 11:** Hospital Ofir Loyola e o Hospital dos Servidores do Estado.  
**Fonte:** (ALBIM, set. 2006).

[...] Ophyr Pinto de Loyola (1886-1934). Nascido no Maranhão, ainda jovem foi para o Rio de Janeiro, onde se graduou médico pela antiga Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Logo se encaminhou para Belém do Pará, exercendo a pediatria com destaque e espírito filantrópico. Aos dias 6 de outubro de 1912, fundou o Instituto de Assistência e Proteção à Infância e participou da Comissão Sanitária de Profilaxia da febre amarela, criada por Oswaldo Cruz, quando aqui esteve em 1910. O referido Instituto, quando fundado, iniciou suas atividades à Rua Lauro Sodré, hoje, Ó de Almeida, bairro da campina. Em 1930, mudou-se para Av. Independência (hoje Magalhães Barata), entre as travessas 14 de Abril e Caldeiras Castelo Branco. (BORDALO, 2002, p.79).

<sup>40</sup> Foi fundado em **06/10/1912**, como Instituto de Assistência e Proteção à Infância, localizava-se na Rua Lauro Sodré (Atual Trav. Ó de Almeida). Em 1930 foi transferido para Av. Nazaré, esquina com a Joaquim Nabuco, com finalidade de prestar assistência à infância desvalida, passando, posteriormente, a tratar de pacientes com câncer. Recebeu a denominação de Instituto Ofir Loyola/ IOL, em 11 de junho de 1934. Em 16 de outubro de 1962, foi criado o Hospital dos Servidores do Estado do Pará/ HSE, funcionando no mesmo prédio. Em 1992, por determinação governamental o IOL foi desapropriado, e em 1995 o HSE foi extinto, sendo que neste mesmo ano eles foram fundidos administrativamente passando a denominar-se Hospital Ofir Loyola/ HOL, e regulamentado pelo Decreto Lei N°5.945/96 (02/02/1996), reconhecido como Empresa Pública Ofir Loyola/ EPOL. (Pesquisado na Internet: 26/07/06. Disponível em: [www.ophirloyola.pa.gov](http://www.ophirloyola.pa.gov))

Segundo Bordalo, após o falecimento do Dr. Ophir Loyola, em 11 de junho de 1934, o instituto fundado por ele recebeu o seu nome, em homenagem ao grande trabalho que realizou na área médica, sobretudo na Oncologia. No estudo realizado sobre o referido hospital, Bordalo (2002) destaca quatro importantes pontos na trajetória da instituição, quer sejam: em 1946, a criação da Clínica de Higiene Infantil; 1948, a aquisição do aparelho de Radioterapia para o Serviço de Oncologia; 1950 início dos procedimentos cirúrgicos em oncologia no Pará; e em 1960, a realização do convênio do Instituto com o Governo do Estado do Pará, firmando convênio de 30 anos pela lei nº2.114, de 29 de dezembro de 1960, que criou o Hospital dos Servidores do Estado do Pará, que passou a atuar em 1961, após sua regulamentação pelo decreto nº. 3378161. Ao ser fundado o Instituto Ofir Loyola, os casos de câncer no Pará passaram a ser referenciados para este hospital.

Com base na pesquisa de Bordalo (2002), as décadas de 60 e 70, foram significativas para o hospital, pois durante esse período seus serviços foram ampliados. Em 1967, foi inaugurado o Pavilhão de bomba de Cobalto, realização de cirurgias cardiovasculares, e inaugurado 140 novos leitos. Em 1969, implantado o serviço de diálise para pacientes renais crônicos; 1970, criado o Centro de Nefrologia; em 1971, inaugurado o Centro de Terapia Intensiva (CTI); e em 1974, inaugurado o Serviço de Radiodiagnóstico.

Em 1995, o Governo do Estado realizou a fusão entre o Instituto Ofir Loyola (HOL), regulamentado pelo Decreto Lei nº. 59.451/96, passando a ser concebido como Empresa Pública, é hoje a principal referência em tratamento de câncer, transplantes renais, cirurgias cardiovasculares e neurocirurgia da Região Norte. Dispõe de mais de 254 leitos.

Embora integre a pesquisa como um dos Hospitais Escolas a serem pesquisados e possua uma relevante e organizada estrutura de Ensino e Pesquisa, oficialmente ainda não é reconhecido como tal. Contudo, pelo fato de está aberto para o estágio acadêmico das unidades de Ensino Universitário da UFPA, UEPA e outros, contribuindo dentre outros para a formação dos assistentes sociais, para a pesquisa, a instituição foi considerada como sendo um Hospital Escola.

## H) Hospital Universitário João de Barros Barreto/ HUJBB (8/01/1957)<sup>41</sup>



**Foto 12:** Hospital Universitário João de Barros Barreto/ HUJBB.

**Fonte:** (ALBIM, set. 2006).



**Foto 13:** Hospital Universitário João de Barros Barreto/ HUJBB.

**Fonte:** (HUJBB/ Internet, acesso em 2006).

Dados históricos da biblioteca do Hospital, assim como da pesquisa de Bordalo (2002), indicam que no dia 8 de janeiro de 1957, a instituição foi fundada como Sanatório Barros Barreto. Foi construído com recursos Federais, no governo de Juscelino Kubitscheck. Nesse período já havia sido criado o Ministério da Saúde, tendo como gestor o Maurício de Campos Medeiros e governador do Estado do Pará, Joaquim Magalhães Barata. A instituição funcionou como sanatório de 1959 a 1976, cuja pedra fundamental do hospital foi lançada em 1934, e início da construção em 1937. O primeiro diretor desta renomada instituição foi o Dr. Antônio de Oliveira Lobão, o Hospital foi construído com finalidade de tratar as pessoas acometidas pela tuberculose; que ainda hoje, não foi erradicada. Com previsão de 600 leitos, iniciou com 16 leitos disponíveis aos pacientes encaminhados pelo hospital de isolamento

<sup>41</sup> Existe desde 1900 (antigo Hospital Domingos Freire/Figura 07, p.70), foi demolido em 1940. Em 1946, foi fundado um novo hospital e funcionou como Sanatório (Hospital de Isolamento Domingos Freire) iniciando suas atividades em 1959, destinado ao tratamento de pacientes portadores de tuberculose. Em 12/07/1976, passou a denominar-se Hospital Barros Barreto; em 11/11/1983, como Hospital João de Barros Barreto; e em outubro de 1990, como Hospital Universitário João de Barros Barreto. Neste último ano, foi assinado o Termo de Cessão de Uso para a Universidade Federal do Pará, passando a denominar-se Hospital Escola. (Pesquisado na Internet: 30/08/06. Disponível em: [www.sespa.pa.gov](http://www.sespa.pa.gov))

Domingos Freire que foi extinto no final da década de 40, e gradualmente os leitos foram ampliados para 300 leitos.

Ainda no período em que era sanatório, foi implantado o serviço de cirurgia torácica na região. De 1976 a 1992, deixou de ser um sanatório, se tornando um Hospital de Doenças Infecto-contagiosas, sendo feitas adaptações físicas na instituição para atendimento de outras patologias infecto-contagiosas e parasitárias.

Vale ressaltar que o Dr. Almir Gabriel, após a demissão a pedido do Dr. Antonio Lobão, assumiu como Diretor interino de 15 de abril a 16 de maio de 1961, das medidas adotadas, iniciou o fortalecimento do Centro de Estudos do Sanatório, que serviu também de meio de atração de outros médicos, permitindo aumentar a capacidade do sanatório.

Na área da assistência oferece consulta em diversas especialidades como: Clínica Médica, Pneumologia, Infectologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia de Cabeça e Pescoço dentre outras.

Para a UFPA, oferece estágios para acadêmicos da área da saúde, como Psicologia, Residência Médica em Clínica e Nutrição. No convênio estabelecido com a Universidade Estadual do Pará (UEPA) oferece estágio em Enfermagem, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

### I) Hospital de Clínicas Gaspar Viana/ HCGV (1982/1998)<sup>42</sup>



**Foto 14:** Hospital de Clínicas Gaspar Viana/ HCGV.  
**Fonte:** (ALBIM, Set. 2006).

<sup>42</sup> Construído em três etapas, sendo finalizada a construção em 2001.

É uma instituição do Governo do Estado do Pará, vinculada à Secretaria Especial de Estado de Proteção Social. Seu nome é uma homenagem ao ilustre cientista paraense Gaspar Viana, em pouco tempo, desde a sua projeção, tornou-se um importante hospital para região, com referência maior na área da psiquiatria, cardiologia e nefrologia. Sua construção ocorreu em três fases: Em 1982, foi construída a 1ª etapa do hospital, cujo espaço era ocupado pelo Centro Comunitário Brigadeiro Eduardo Gomes, os recursos investidos foram do Ministério da Saúde (Programa Faz, já extinto) e do governo do Estado. Em 1987, foi inaugurado o Bloco de acesso aos Serviços Externos, à clínica psiquiátrica, o Bloco de Serviços Gerais e parte do estacionamento. Em 1989, foram disponibilizados os primeiros leitos.

Em 1991, foram inaugurados novos pavimentos, sendo uma parte da administração e o ambulatório de especialidades. Em 1998, com recursos do REFORSUS, do Ministério da Saúde, do Banco Mundial e recursos do governo do Estado do Pará, o Hospital foi ampliando e se modernizando em termos tecnológicos. Hoje, o hospital tem uma importante atuação no campo da pesquisa para os problemas de saúde da Região Amazônica.

#### **J) Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (18/10/1993)**



**Foto 15:** Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza.  
**Fonte:** (ALBIM, set. 2006).

De acordo com pesquisa sobre o Perfil Institucional do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), realizada por Monteiro et al (2005), o referido hospital foi fundado em 18 de outubro de 1993. O nome escolhido para a instituição é muito significativo para a organização, foi uma homenagem à mestra Prof<sup>a</sup>. Bettina Ferro de Souza, que se destacou no campo da pesquisa e deixou importantes contribuições para a UFPA, especialmente para área da saúde.

A referida mestra, era médica e especialista em clínica médica e pediátrica, e tinha uma forte formação religiosa (cristã). Dedicou-se ao estudo das questões da Saúde Pública no Estado do Pará, ajudando a desenvolver o ensino a pesquisa e a extensão no ensino universitário numa visão fortemente humanista.

Segundo as pesquisadoras (2005), a Prof<sup>a</sup>. Bettina Ferro era bastante admirada por seu trabalho, deixando importantes contribuições para a Teoria da Propedêutica Médica, como um livro que trata sobre a temática. Foi à primeira mulher a presidir a Sociedade Brasileira de Cardiologia de 1970 a 1971, tendo falecido aos 80 anos, no dia 16 de janeiro de 1993.

Em termos hierárquicos, o HUBFS é vinculado ao Ministério da Educação, seu orçamento é oriundo do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e UFPA. Estabelece parceria com o Ministério da Saúde, a SESP, com a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Belém – Pará (SESMA), a Fundação de Amparo ao Desenvolvimento da Pesquisa (FADESP), com o Hospital Universitário João de Barros Barreto e o Núcleo de Medicina Tropical.

Na instituição, o trabalho na área da saúde é desenvolvido por equipe multidisciplinar nas ações de assistência médica de média e alta complexidade nas especialidades de: Alergologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Clínica Geral, Endocrinologia, Gastroenterologia, Obstetrícia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologista, Pediatria, Proctologia e Psiquiatria.

Funciona como Hospital Dia nas atividades em Psiquiatria, desenvolve atividades em Genética Humana em parceria com o Centro de Ciências Biológicas, dispõe de serviço de Apoio e Diagnóstico, Ambulatorial, Residência Médica, Pronto Atendimento, e Programas importantes como o Programa Caminhar.

Para modernizar o atendimento, implantou os serviços de Humanização, Ouvidoria, Comissões de Ética subordinada ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UFPA e Comissões de Controle de Infecção Hospitalar.

Em termos estruturais a organização hospitalar é constituída de: uma Direção geral, Direção e Vice-Direção, Diretoria Clínica, Diretoria de Enfermagem e Assessoria de Planejamento. Vale ressaltar que se encontra em construção uma nova proposta de estrutura para o referido hospital. E, embora integre a pesquisa do trabalho em questão, este não constitui propriamente um Hospital Escola, pois ainda não preenche os requisitos necessários ao processo de Certificação até janeiro de 2007.

### 2.3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE NO PARÁ

Para que se possa ter parâmetros mais adequados de análise da institucionalização do Serviço Social na área da Saúde, especialmente no Pará convém, inicialmente, pontuar que o Serviço Social não é uma profissão específica dessa área de intervenção, e embora sem produzir um saber especializado no campo médico, sua intervenção tem se mostrado de grande relevância no aspecto sócio-assistencial e político das questões demandadas pela Saúde Pública, por conta da própria dinâmica de exclusões geradas pelas mazelas do sistema econômico, cultural e político do país, conforme veremos mais adiante.

Numa visão mais geral, de acordo com Martinelli (2005), a trajetória da profissão em seu processo de constituição se desenvolveu, inicialmente, no campo assistencial, mais especificamente da filantropia, em decorrência das contradições oriundas do sistema capitalista.

Segundo a citada autora (2005), o processo de institucionalização das ações do Serviço Social tem início no século XIX, na Europa, em decorrência da união entre os que detinham o poder econômico, Estado e a Igreja visando o controle

e disciplina dos trabalhadores e da população empobrecida, dentre os quais mendigos, prostitutas, loucos e outros.

Por força desses segmentos, que se tornaram um entrave para o desenvolvimento do sistema, foi criada a Sociedade de Organização da Caridade (COS), em Londres, no ano de 1869, para lidar com os problemas sociais da população operária e demais segmentos sociais excluídos do processo produção e reprodução da riqueza produzida socialmente, possibilitando a partir daí o cenário histórico profissional para os primeiros assistentes sociais, como agentes executores da prática assistencial, sendo esta ação posteriormente profissionalizada como Serviço Social por iniciativa de Mary Richmond (1950), na perspectiva da prestação de serviços técnico-operativos.

Foi a partir do acirramento dessas desigualdades sociais que os problemas sociais, decorrente da pobreza, da exclusão, da falta de condições adequadas de moradia dentre outros fatores, tornaram-se objeto de intervenção da área do Serviço Social. As primeiras ações realizadas pelo Serviço Social se desenvolveram sobre a ótica dos princípios religiosos da Igreja Católica, da filosofia tomista, e posteriormente sob orientação das determinações do Estado, fato este, permitindo a reafirmação de que o Serviço Social não é uma profissão com formação voltada especificamente para atuar na área da saúde.

A profissão, em seu processo histórico de constituição, mantém estreita vinculação com as grandes instituições que prestavam atendimento assistencial a população carente, sendo esta posteriormente gerida pelo Estado, pela necessidade de racionalização da produção exigida pelo aprofundamento do processo de desenvolvimento da sociedade, pautada num sistema de dominação legal instituído pela burocracia institucional.

Dessa forma, pontos significativos da trajetória do Serviço Social demarcam a sua existência a partir do campo assistencial, atendendo aos interesses e objetivos do sistema burocrático da máquina administrativa do Estado, cuja racionalização da prática do assistente social, como prática sistematizada, se dá sob a iniciativa da primeira Sociedade de Organização da Caridade. (MARTINELLI, 2005)

Situando o contexto paraense, de acordo com o ponto de vista de Moraes (2000), essa realidade no Pará não foi diferente, o Serviço Social, também se construiu embrionariamente no campo assistencial, na esfera da filantropia, mais especificamente no seio das grandes instituições assistenciais como: a Legião Brasileira de Assistência Social, SESI, SESC, o Instituto de Assistência e Proteção à Infância<sup>43</sup> (hoje, Hospital Ofir Loyola), e etc.

Mas, contraditoriamente, um fato nos chama atenção, ou seja, a primeira sede fixa da Escola de Serviço Social se deu em um espaço sócio-assistencial voltado para a área da saúde, mais especificamente no atual Hospital Ofir Loyola, portanto, de acordo com pesquisa realizada por Ribeiro (2004), é na área da saúde que o Serviço Social inicia o seu processo de legitimação como profissão em Belém do Pará.

Como se pode observar, Martinelli (2004) já referia que, mesmo nos primórdios do trabalho assistencial, existiam algumas ações assistenciais desenvolvidas na esfera da saúde voltadas à população mais carente, pois mesmo antes do séc.XIX, o processo de ampliação da atuação do Serviço Social já vinha introduzindo aos poucos à higiene e a educação como atividades complementares a assistência.

Este fato levou o filantropo inglês Jeremy Bentham a propor em Londres, ainda no final do séc.XVIII, a criação de um Ministério de Saúde Pública, englobando em sua área de intervenção não só o trabalho de assistência à saúde, como também de filantropia, higiene e educação, pois nesse período já se tinha em mente que as condições sociais e econômicas da população interferiam significativamente na saúde do coletivo dos trabalhadores e da população de modo geral, visto que:[...] “As próprias autoridades da área de saúde eram obrigadas a reconhecer que havia uma relação causal direta entre as condições de vida e a elevação do nível de morbidade e de mortalidade”[...]. (MARTINELLI, 2004, p. 101).

A explosão demográfica da pobreza na Europa, como pólo oposto ao capitalismo fez mobilizar, inclusive o Estado, no sentido de incorporar a prática da

---

<sup>43</sup> Embora à época, essa organização fosse considerada uma instituição de cunho filantrópico assistencial, suas ações eram voltadas especificamente para a área da saúde no atendimento aos pacientes portadores de neoplasia maligna.

assistência à estratégia de ação operacional do Serviço Social como importante instrumento de *controle social*, cuja influência se fez presente em todas as práticas assistenciais por toda Europa em estreita relação com as equipes de saúde.

Da constatação do fato de que a saúde e educação estavam estreitamente relacionadas às condições de existência em sociedade, Martinelle(2005) comenta que Octávia Hill, no ano de 1865, em Londres, iniciou um trabalho com moradores de três casas, e tendo sido positiva a experiência no campo assistencial, o filantropo Edward Denison, que também era médico, realizou esta ação em outros bairros, ampliando a ação para a questão da higiene e saúde, contando com trabalho dos profissionais de Serviço Social.

Ao se visualizar a verificação desses fatos, alguns elementos históricos da pesquisa não só de Martinelli (2004), como de Ribeiro (2004), considera-se que, mesmo que a área da saúde não seja uma área de atuação privativa do assistente social, sua institucionalização neste setor é algo que veio sendo construído no contexto das organizações de caridade, nos primórdios de sua prática assistencial em complemento a ação médica numa perspectiva humanista, educativa e de higiene.

Martinelli esclarece, por exemplo, que o Estado, estabeleceu à Sociedade de Organização da Caridade a necessidade de incluir em suas ações as questões de saúde nas suas áreas de atuação. Os diversos conflitos pelo poder econômico impulsionaram algumas práticas de controle social dos trabalhadores e dos excluídos do sistema de produção, assim como o trabalho desenvolvido por Charles Loch, em 1875, que representou um importante ganho para o Serviço Social na Europa, pois os desdobramentos dessas ações abrangeram não só os fatos sociais como as situações de higiene e saúde, possibilitando à institucionalização da prática assistencial do Serviço Social em um espaço específico de intervenção. Assim, em 1884, o pastor Samuel Barnett e sua esposa Henriett Rouland, criaram em Londres um Centro de Ação Social que pudesse atender especificamente questões sócio-assistenciais das famílias oriundas desse contexto social.

[...]Charles Loch e seus colaboradores continuaram desenvolvendo intensa atividade no sentido de reorganizar a assistência, de acordo com os padrões estabelecidos pela sociedade burguesa constituída. Isto lhes valia um permanente apoio e uma irrestrita solidariedade da classe dominante. Antes mesmo de finalizar a década de 1880, o Estado burguês passou a receber em suas instituições de saúde o assistente social como um membro colaborador de suas equipes. (Ibid., 104)

Vê-se, então que a criação do Centro de Ação Social foi importante para o processo de institucionalização do Serviço Social na área da saúde, pois este espaço institucional além de contribuir para sistematização da prática assistencial, foi também propulsor de ações multidisciplinares, inserindo a atuação do Serviço Social no campo da saúde.

Com base nesse referencial é fácil afirmar que é histórica a atuação dos assistentes sociais na área de Saúde. No contexto da América Latina, segundo Castro (2004), a primeira Escola de Serviço Social surge em 1925, no Chile por iniciativa do médico Alejandro Del Rio, idealizador da escola que visava formar profissionais de Serviço Social para atuarem em colaboração a equipe médica. Refere que nesta época os médicos já sabiam que poderiam potencializar suas ações na medida em que incorporasse a equipe de trabalho à atividade de outros profissionais como os assistentes sociais, embora essa atuação se caracterize em uma atividade subtécnica, complementando o trabalho dos médicos.

No contexto brasileiro, a primeira Escola de Serviço Social no Brasil ocorreu na década de 30, em São Paulo, por iniciativa da Igreja Católica pautada no tradicionalismo e conservadorismo. Por força dessas concepções ideológicas de cunho europeu a profissão assumiu, inicialmente, um caráter muito mais missionário do que profissional, mas que no processo de desenvolvimento das forças produtivas no país as ações do Serviço Social foram posteriormente institucionalizadas pelo Estado como prática profissional, tal como na Europa, incorporado o trabalho dos assistentes sociais nas políticas públicas, majoritariamente no campo da assistência social e saúde.

A conjuntura de 30 a 45, que marca o surgimento das primeiras Escolas de Serviço Social no Brasil, concentrou significativamente os assistentes sociais no campo da assistência social, contudo mesmo nesse período o Serviço Social já

desenvolvia ações na área da saúde, nas instituições filantrópicas de assistência aos “desvalidos da sorte” na esfera da saúde, introduzidas por algumas Escolas que, mesmo inseridas majoritariamente no campo da assistência, surgiram motivadas por demandas desse campo de atuação, além do que a formação do assistente social se pautou, desde o início, em algumas disciplinas relacionadas à saúde.

Outra questão importante a considerar, é que concomitante a expansão das Escolas de Serviço Social no Brasil a partir da década de 45, ocorre também na esfera mundial, a construção de uma nova lógica de intervenção na Política de Saúde que irá incorporar em suas ações o trabalho de vários outros profissionais, dentre os quais os assistentes sociais, tornando-se nessa época o setor que mais absorveu assistentes sociais.

Os determinantes dessa ampliação do campo de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde se devem, não só às impossibilidades oriundas do sistema de mercado, cujo fenômeno da urbanização e industrialização fez agravar às condições de vida dos trabalhadores e da população empobrecida, como também pelo ‘novo’ conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, enfocando os aspectos biopsicossocial, que determinou a necessidade de outros profissionais atuarem na área da saúde, numa perspectiva de intervenção multidisciplinar, ampliando a concepção de saúde por meio de ações educativas e preventivas se contrapondo ao binômio saúde-doença.

Ao retornar a discussão no contexto do Pará, ao que se verifica diferente dos demais Estados brasileiros, o Serviço Social tem início na região não por determinação da Igreja Católica, mais pela motivação pessoal do grande Professor e jornalista Dr. Paulo Eleutério Álvares da Silva na década de 50, visando formar profissionais habilitados para atuar com as questões sociais da época na região. Vale ressaltar que esse período foi marcado pela decadência do ciclo da borracha após a década de 40, cuja atividade produtiva era explorada pelos Estados Unidos, que nesse período abandonou a extração do produto, provocando sérios problemas sociais na sociedade paraense como o desemprego, cuja consequência contribuiu para a proliferação de doenças, fome e abandono, sendo essa época tomada por epidemias, doenças e acentuação da pobreza. (ARÊDA, 2000)

Arêda (2000), em sua pesquisa, destaca que a primeira escola, por ter um caráter pessoal, se desenvolveu a princípio sem o apoio das instituições da época não tendo, portanto uma sede fixa. Para que a escola pudesse se consolidar no Pará, foi necessário criar a Fundação Paulo Eleutério, que enfrentou sérias dificuldades financeiras e crises políticas, fato esse que motivou o idealizador da instituição a abandonar o projeto da primeira Escola de Serviço Social no Pará. Neste contexto, o esforço da primeira turma foi decisivo para que a instituição não acabasse. Como fruto do esforço das alunas, em 1951, a Escola foi doada ao Hospital Ofir Loyola, sendo esta instituição a primeira sede fixa a participar do projeto de formação profissional dos assistentes sociais, como já referido.

O funcionamento da Escola de Serviço Social no Hospital Ofir Loyola foi muito importante para o desenvolvimento da prática dos assistentes sociais na área da saúde. Logo, no primeiro ano de seu funcionamento em 1951, o Relatório Anual do Instituto Ofir Loyola apontou a necessidade da classe médica em acompanhar melhor os doentes, em decorrência dos problemas sociais que demandavam essa atenção. Dessa forma, requisitavam que o profissional de Serviço Social deveria atuar na instituição intervindo nessas questões.

Dessa forma, na afirmação de Arêda, o currículo da primeira turma do Curso de Serviço Social era constituído de muitas disciplinas relacionadas às Ciências Médicas e Biológicas, no qual as instituições de Estágio Profissional orientavam os trabalhos para a área da saúde da população no combate a doenças de grande incidência como a Hanseníase, Malária e a Tuberculose.

Na pesquisa realizada por Ribeiro (2004), em entrevista a primeira assistente social do Hospital Ofir Loyola que atuava no Departamento de Câncer, a pesquisadora constatou que o trabalho profissional dos assistentes sociais atuantes nessa organização foi concebido além do âmbito da prática profissional, visto que a equipe hospitalar necessitava recorrer aos assistentes sociais para luta pela concessão de benefícios aos pacientes, se instrumentalizando por meio da visita domiciliar, a fim de verificar o estado de saúde em que a pessoa se encontrava após a alta médica.

O fazer e o saber profissional do serviço social no Instituto Ofir Loyola, proporcionaram um maior número de pesquisas realizadas pela equipe médica, conforme relatos da entrevista realizada no dia 17 de junho de 2004 com a Sra. Lucy Pedreira assistente social aposentada do Instituto Ofir Loyola. (RIBEIRO, 2004, p.32-3)

Contudo, vale ressaltar que a primeira Escola de Serviço Social implantada no Pará na década de 50, constituiu a 15ª Escola do Brasil e a 2ª da Região Norte. Na sua trajetória de existência antes de 1951, a Escola funcionou em 1950, de maio a junho no Palácio do Comércio (Sede da Associação), de agosto a setembro no “Lar de Antonia” na Avenida Assis de Vasconcelos, a partir de outubro na Legião Brasileira de Assistência (LBA) na antiga Av. Independência e de novembro a dezembro na Federação do Comércio no Departamento Regional do SESC, sendo que em 1951, a Escola foi doada oficialmente ao Instituto de Proteção e Assistência a Infância (Ofir Loyola), constituindo sua primeira sede fixa da instituição, como já fora afirmado. (MACHADO, 2000).

Na pesquisa realizada por Moraes (2000), a autora informa que a escola esteve sob direção da categoria médica até 1955<sup>44</sup>, cujo currículo era bastante abrangente, sendo que muitas disciplinas estavam vinculadas à área da saúde, pois grande parte de seu corpo docente e a própria coordenação da Escola era constituída de médicos. Porém, após a sua regulamentação pelo MEC, foi exigido que a mesma fosse coordenada por assistentes sociais. Para isso, foi necessária a vinda para Belém de duas assistentes sociais do sul do país para a formação da 1ª turma de assistentes sociais, sendo que em 18 de novembro de 1963, a Lei Nº. 4.283/63 determinou que a Escola de Serviço Social fosse incorporada a Universidade Federal do Pará (UFPA), passando a ser denominada de Curso de Serviço Social.

Contudo, a trajetória do Serviço Social na área da saúde, não se restringe somente ao Hospital Ofir Loyola, decerto, que nesta instituição, até o presente momento, as pesquisas já realizadas, como a de Ribeiro (2004), revelam

---

<sup>44</sup> Dr. Clovis Olinto de Bastos Meira, no Papel de Diretor. Era Médico e Professor, catedrático da Universidade Federal do Pará. Membro da Academia Paraense de Letras, do Instituto Histórico e Geográfico do Pará, da Sociedade Brasileira de Geografia e do Conselho Penitenciário do Pará. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Ex-Presidente Regional do Conselho Regional de Medicina do Pará e da Sociedade Brasileira de Medicina Legal. Ex-Diretor Estadual da Legião Brasileira de Assistência-LBA. (MEIRA, 1986)

que foi nesse espaço que ocorreu a primeira intervenção do Serviço Social na área da saúde. Porém, esta pesquisa traz mais informações acerca dessa realidade, não no sentido de se contrapor a proposição inicial do surgimento da escola no HOL, e sim no sentido de colaborar com a ampliação dessa leitura em outros espaços institucionais da saúde como o Hospital Universitário João de Barros Barreto, a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e o Hospital Bettina Ferro de Souza, que integram a listas dos Hospitais Escolas classificados para este estudo.

Em relação à Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), segundo informações das assistentes sociais mais antigas da instituição, o Serviço Social já existe há aproximadamente 45 (quarenta e cinco) anos na organização. Em 1984, referem que existia uma chefia de Serviço Social, atuando com 05 (cinco) assistentes sociais nas enfermarias de: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria e Maternidade. Em 1990, houve uma mudança no modelo administrativo e, em 1994, foram admitidas mais 05 (cinco) novas assistentes sociais, totalizando um número de 10 (dez) profissionais. Em 2002, eram 15 (quinze) assistentes sociais. Até 2005, existiam 28 (vinte e oito) técnicas, sendo a maioria concursada. A partir do primeiro semestre de 2006, foram convocadas outras assistentes sociais do concurso e hoje o hospital conta com aproximadamente 46 (quarenta e seis) profissionais.

No Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, a história é bem recente, pois a instituição foi fundada na década de 90, período que marca um Serviço Social mais amadurecido intelectualmente, inserido ativamente no campo da pesquisa e extensão. O Serviço Social no hospital assume o trabalho em importantes programas e projetos como o Programa Caminhar e conta com alguns estagiários de Serviço Social, que colaboram para o fortalecimento da organização como um todo e profissionais, em particular. Existem, em seu quadro administrativo, 08 (oito)<sup>45</sup> assistentes sociais.

Quanto ao Hospital Universitário João de Barros Barreto, a história é bastante interessante merecendo, inclusive, uma nova pesquisa a cerca da História do Serviço Social neste hospital, cuja proposta já vem sendo pensada, por

---

<sup>45</sup> Atualmente, são 10 (dez) assistentes sociais.

assistentes sociais da organização. Como ainda não se tem nada por escrito oficialmente, mas somente algumas informações coletadas pelas assistentes sociais da instituição, no “II Seminário de Serviço Social – HUJBB”, realizado no período de 15 a 17 de maio de 2006, em apresentação sobre “A História do Serviço Social no HUJBB”.

Nesse seminário foi descrito pelos profissionais do referido hospital que o Serviço Social iniciou na década de 60, ainda na condição de sanatório, pois a instituição sentiu a necessidade de ter em seu quadro administrativo o trabalho do Serviço Social. Portanto, foi feita a solicitação à Escola de Serviço Social que após aprovação do pedido, enviaram a estudante de Serviço Social Cecília Rocha, sendo esta a primeira assistente social a atuar profissionalmente no hospital. Hoje, a organização conta com 16 (dezesesseis) assistentes sociais, mas contando com as que já passaram - como Joaquina Barata (Prof<sup>a</sup>. da UFPA) e Potyara Amazoneide –, a instituição já teve aproximadamente 29 (vinte e nove) profissionais.

## CAPÍTULO 3: ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS ESCOLAS EM BELÉM DO PARÁ

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

Com o objetivo de apresentar os resultados da pesquisa de campo sobre a atuação profissional dos assistentes sociais nos Hospitais Escolas em Belém do Pará, algumas questões vão ser trabalhadas referente ao estudo do hospital.

Sabe-se que na esfera das Políticas Públicas de Saúde, o Hospital é um prestador de serviços, situado na atenção terciária da Saúde Pública. Em relação a essa organização, Souza e Mozachi (2005) realizaram um estudo interessante sobre o Hospital, buscando definir os tipos de hospitais existentes, sua classificação dentre outras informações.

Para os respectivos autores (idem) o hospital “é um estabelecimento próprio para internação e tratamento de doentes ou feridos, que deve agir com hospitalidade e benevolência”. (HOUAISS, 2004 *apud* SOUZA; MOZACHI, 2005)

Os mesmos autores citam também que para o Ministério da Saúde (MS): “[...] O hospital é um estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência sanitária em regime de internação a uma determinada clientela, ou não-internação, no caso de ambulatórios e outros serviços”. (Ibid., p.2)

Quanto à classificação, eles podem ser de dois tipos:

- a) **Hospital Geral:** destinado a prestar assistência nas quatro especialidades médicas básicas – clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica. Nele se inclui a FSCMPA.
- b) **Hospital Especializado:** destinado a prestar assistência em especialidades como maternidade, neurocirurgia, cardiologia, nefrologia, câncer e

etc. Nele se incluem o HUBFS, HOL, HUJBB e até mesmo a FSCMPA (gravidez de alto risco).

De acordo com o número de leitos, um Hospital pode ser classificado em:

- a) **Pequeno Porte:** até 50 leitos.
- b) **Médio Porte:** de 51 a 150 leitos.
- c) **Grande Porte:** acima de 500 leitos.
- d) **Porte Especial:** acima de 500 leitos.

Quanto à propriedade, um Hospital pode ser:

a) **Público:** integra o Patrimônio da União, Estados, Distrito Federal, Municípios, Autarquias, Fundações instituídas pelo poder público, Empresas Públicas e Sociedade de Economia Mista (pessoa jurídica de direito privado).

b) **Privado ou Particular:** integra o patrimônio de uma empresa jurídica de direito privado, não instituída pelo poder público.

c) **Beneficência e Filantrópico:** os hospitais privados podem ser ou não beneficentes, prestar ou não serviços ao SUS. O Hospital Filantrópico realiza serviços para a população carente, por intermédio do SUS, como a Santas Casas de Misericórdia.

Ao problematizar a existência dos Hospitais Públicos no Brasil, realidade não muito diferente do que acontece no Pará, verifica-se que essas instituições enfrentam a crise econômica vivida no país, desencadeada a partir da década de 90, com o sucateamento dos recursos estatais face à política de privatização que propõe a existência de um estado mínimo para as questões sociais e, máximo para a economia privada.

A pesquisa, realizada por Witiuk (2003), revela inclusive que pela deficiência do setor, o SUS se vê condicionado a credenciar hospitais privados para suprir o atendimento da demanda reprimida. Nesse processo, a população é a mais

penalizada, pois têm que se submeter às condições impostas pelo sistema nas relações mediadas por instâncias de poder, acarretando à submissão as longas filas de espera por parte da população.

Por outro lado, como afirma Costa (2000), as contradições desse processo de racionalização e ou/ reorganização do SUS, favorecem a disposição de demandas para a intervenção dos assistentes sociais, até porque, historicamente, o Serviço Social tem sido demandado pelo Estado, justamente, para atuar nesses conflitos de forma a assegurar a reprodução social do sistema, isso não significa que, ele assuma um papel de destaque no processo hierárquico da sua relação técnico operativa com o Estado.

### 3.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Tobar e Yalour (2001) consideram que a pesquisa científica é um empreendimento artesanal, visto que:

[...] Pesquisar é viajar, partir em busca do conhecimento. Geralmente quando se inicia a viagem, não se sabe com exatidão onde se chegará. Por isso não se pode normatizar a pesquisa. Assim como nos ofícios artesanais, existem técnicas, existem métodos e existem insumos. Cada um deles apresenta vantagens e desvantagens que o artesão da informação deverá avaliar, tentando escolher o mais adequado. (*Ibid.*, p.19)

Para estes autores, a comunidade científica dificilmente tolerará um trabalho científico que comece e termine em si mesmo, que não busque revisar outras produções científicas e que não se esforce em possibilitar caminhos para novas pesquisas.

Na afirmativa de Minayo (1999), a pesquisa é uma atividade básica das ciências no desejo de descobrir a realidade. Necessita ser desenvolvida em uma prática teórica processual em permanente transformação. Tem um componente

histórico e na medida em que se propõe a pesquisar o espaço das relações sociais utiliza-se, especialmente, do método qualitativo para refletir posições frente à realidade pesquisada. Ele considera que a pesquisa alimenta a atividade do aprendizado e do ensino; e embora seja uma prática teórica, vincula pensamento e ação, ou seja, teoria e prática social.

Por outro lado, toda pesquisa científica prescinde de um método, que na visão de Tobar e Yalour (2001), é o caminho iluminado por uma teoria que contribui para a leitura da realidade investigada.

Quando o indivíduo se propõe a pesquisar, ele tem uma leve idéia onde quer chegar e pouca garantia de que vai conseguir. O método é o caminho mais provável para se alcançar os objetivos definidos no projeto de pesquisa.

Com base nessas afirmativas, propõe-se desenvolver um estudo sobre a atuação dos assistentes sociais nos hospitais escolas, com o objetivo de mostrar como está sendo executado o trabalho dos profissionais nos hospitais, com foco principal no poder institucional. O desafio de pesquisar essa realidade é algo extremamente significativo por ser assistente social e integrar a equipe profissional de um dos hospitais pesquisados.

Para a realização da pesquisa, 04 (quatro) Hospitais são de relevância para o estudo por se tratarem de instituições públicas, vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), que favorecem o ensino, a pesquisa e a extensão, inclusive em Serviço Social, mediante Estágio Supervisionado.

Os hospitais selecionados foram: o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), o Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS), o Hospital Ofir Loyola (HOL) e a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), sediados em Belém, sendo dois mantidos pelo Governo Federal (Hospital Universitário João de Barros Barreto e Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza) e os demais mantidos pelo Governo Estadual (Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e Hospital Ofir Loyola). Contudo, a pesquisa só foi possível nos três últimos, pois no HUJBB não houve interesse dos profissionais selecionados para entrevista em colaborar com a pesquisa, além do que nesse mesmo hospital,

atualmente, não há estágio supervisionado de Serviço Social da Federal, apesar de sua certificação como Hospital Escola.

A pesquisa é descritiva e analítica, com base, especialmente no método qualitativo. Julgo este tipo de método adequado ao estudo proposto, por entender tal como Minayo (1994), que a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes que contribuem de forma essencial ao estudo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser simplesmente reduzidos a variáveis. Ela possibilita aprofundar as relações sociais o mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado como afirma Minayo “não perceptível e captável em equações, médias e estatísticas”. (MINAYO, 1994, p.22)

A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista semi-estruturada (vide apêndice A), com finalidade de melhor descrever e analisar os fatos identificados ao longo da pesquisa. Vale ressaltar que no planejamento da entrevista, o instrumento de coleta de dados foi validado na disciplina Metodologia Qualitativa do Centro de Educação da UFPA. O estudo caminhou na intenção de perceber que tipo de trabalho os assistentes sociais desenvolvem nas instituições hospitalares, especificamente nos hospitais pesquisados, o espaço profissional que ocupa nessas instituições, com foco na questão do poder em uma Amostragem Proporcional Estratificada (CRESPO, 1996) de 10 (dez) assistentes sociais, correspondente a 16% de um universo de 67 (sessenta e sete) profissionais que atuam em quatro Hospitais Escolas de Belém do Pará.

A seleção da amostra por hospital foi realizada considerando a proporcionalidade de assistentes sociais lotados em cada Hospital de Ensino *versus* o universo de profissionais dos respectivos hospitais. Desse modo, participaram da pesquisa 04 (quatro) assistentes sociais da FSCMPA, 01 (uma) do HUBFS e 05 (cinco) do HOL, perfazendo um universo de 10 (dez) profissionais entrevistadas. A seleção foi realizada de forma aleatória com sorteio simples.

As entrevistas foram realizadas num período de dois meses, de maio a junho de 2006. Na FSCMPA e HOL, ocorreram em grupo de duas a três assistentes

sociais. Para isso, foi aplicado um roteiro de questões com perguntas abertas e fechadas, distribuídas entre a identificação que contribui para a configuração dos sujeitos da pesquisa e os três eixos temáticos: a Prática Profissional, com 05 questões; o Espaço Institucional, com 03 questões; e o Apoio Profissional, com 03 questões. Os dados foram processados e tabulados, mediante amostragem de 16% de um universo populacional de 67 assistentes sociais.

A entrevista contou com o auxílio do gravador, que serviu para a obtenção com maior precisão as respostas das questões propostas sobre a problematização da atuação dos assistentes sociais nos hospitais em Belém do Pará. As questões respondidas pelas assistentes sociais entrevistadas permitiram que se compreendesse, de certa forma, o tipo de trabalho desenvolvido por essas profissionais nas instituições pesquisadas e se percebesse um pouco do contexto das relações de poder institucional, visto que o poder é uma prática social hierárquica que para existir necessita ser exercido.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa receberam o Termo de Consentimento Livre Esclarecimento – TCLE (vide apêndice B), conforme prevê as normas estabelecidas pela Resolução 196/ 96, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre a ética em pesquisa, envolvendo seres humanos.

Os Critérios de Inclusão consistiu na constituição de Sujeitos da Pesquisa, os assistentes sociais pertencentes ao quadro funcional de pessoal da instituição a ser pesquisada, que atuem na operacionalidade das ações ou que estejam assumindo cargo de Gestão de Programas na Organização.

Os Critérios de Exclusão consistiram na não constituição de Sujeitos da Pesquisa os profissionais e estudantes de Serviço Social que atuem na instituição de forma voluntária, na condição de ‘treinando’ e ou estagiários, e ainda os docentes.

Quanto aos Riscos e ou Benefícios que a pesquisa possa vir a causar, considera-se que esta não apresentou risco para a categoria dos assistentes sociais, Sujeitos da Pesquisa, visto que, os itens levantados no instrumento da pesquisa, a entrevista, não se referiram às questões de ordem pessoal, que

incidisse sobre a intimidade do profissional de forma a lhe causar constrangimento em seu espaço de trabalho. As questões foram formuladas visando uma maior aproximação com a rotina do trabalho na instituição, do aspecto específico da intervenção dos assistentes sociais para que possa compor a lógica na leitura da realidade institucional vivenciada pelos respectivos profissionais em seu campo de atuação.

Os Benefícios da Pesquisa foi sentido nos resultados do estudo, que certamente comporá uma parte da história do Serviço Social na área da saúde, construída por outros profissionais de Serviço Social inseridos na academia, e, portanto, recebem grande apoio da Universidade Federal do Pará e dos hospitais pesquisados. Além de enriquecer o olhar de como acontece à atuação profissional dos assistentes sociais nos Hospitais Escolas em Belém do Pará.

### 3.3 O QUE SE COMPREENDE POR HOSPITAL ESCOLA/ DELIMITAÇÃO DOS QUATROS HOSPITAIS

Por visar compreender as relações estabelecidas no contexto das instituições hospitalares onde atuam os assistentes sociais e no sentido de verificar que espaço institucional o Serviço Social ocupa nessa esfera de atuação, elegeu-se 04 (quatro) hospitais já referidos, ou seja, HUBFS, HUJBB, HOL e FSCMPA. Contudo, dos hospitais escolhidos somente 2 (dois) são reconhecidos legalmente como Hospital Escola, ou seja, HUJBB e a FSCMPA, mas porque se afirma isso?

Em tese, no que se refere ao campo de Estágio Profissional na área da saúde ou afins, como é o caso do Serviço Social, se pode considerar os quatro hospitais como sendo de fato Hospitais Escolas<sup>46</sup>, pois todos são hospitais destinados ao atendimento de pacientes do SUS e dispõem de assistentes sociais e

---

<sup>46</sup> O mesmo que Hospital de Ensino, por ser espaços que propiciam a formação profissional de diversos profissionais da área da saúde e afins, inclusive de Serviço Social.

estagiários de Serviço Social, contudo, cada Hospital possui uma dinâmica específica que os diferencia uns dos outros. Há de se considerar que o HUBFS, já vivencia esse processo de avaliação e credenciamento para a certificação desde novembro de 2006, para isso houve inspeção no hospital. Mas, após a realização desse estudo, houve o esclarecimento do que é um Hospital Escola e o processo necessário à certificação.

Assim, no contexto dessas diferenças, embora se tenha escolhido os 04 (quatro) hospitais para a realização da pesquisa sobre o espaço de atuação dos assistentes sociais no contexto dos Hospitais Escolas, no decorrer da pesquisa verificou-se duas questões importantes a esclarecer:

a) somente 3 (três) hospitais estão colocados de fato como campo de estágio para os estudantes de Serviço Social das Universidades do Pará: o HUBFS, FSCMPA e HOL, embora em tese todos apresentem condições para o estágio de formação curricular<sup>47</sup>;

b) desses somente a FSCMPA é certificado como Hospital Ensino<sup>48</sup>, pois atendeu as determinações do processo de certificação estabelecido pela Portaria interministerial nº. 1000, de 15 de abril 2004.

Dessa forma a Portaria Interministerial nº. 1000/2004, estabelece que:

Parágrafo único: São hospitais de ensino aqueles certificados de acordo com a Portaria Interministeriais MEC/MS nº. 1000, de 15 de abril de 2004. (PORTARIA INTERMINISTERIAL nº. 1006 de 27 de maio de 2004).

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, em 2003, os representantes de Ensino e Pesquisa solicitaram ao Ministério da Saúde apoio para enfrentar a crise financeira e de recursos humanos

---

<sup>47</sup> O HUBFS, já foi campo de ensino para estudantes de Serviço Social, só que hoje não há alunos de Serviço Social na instituição.

<sup>48</sup> Portaria Interministerial MEC/ MS N.º 2378, de 26 de outubro de 2004, certifica como Hospital de Ensino 28 (vinte e oito) hospitais do Brasil, dentre os quais a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará e o Hospital Universitário João de Barros Barreto.

que ameaçavam fechar a maioria desses estabelecimentos. Por conta da situação identificou-se a necessidade de uma reformulação urgente da política governamental da saúde para esses espaços institucionais. Para avançar a discussão, o Ministério da Saúde propôs definir melhor o papel dos Hospitais Universitários e sua inserção nos sistemas locais de saúde do SUS. Para isso, criou uma comissão interministerial e interinstitucional, com o objetivo de avaliar, diagnosticar e subsidiar o nível federal na formulação da política nacional.

Em vista dessa realidade, publicou-se a Portaria nº. 1000, de 15 de abril de 2004, que trata da certificação dos hospitais (Gerais ou especializados de propriedade de instituições de Ensino Superior, Públicas, Privadas ou Conveniadas com IES) que servirem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde e de ensino.

A Portaria nº. 1000 de 15 de abril de 2004, determina que a certificação tenha validade de 2 (dois) anos, e deve cumprir determinados requisitos, dentre os quais:

a) Abrigar formalmente as atividades curriculares de internato da totalidade dos estudantes de pelo menos um curso de medicina e atividades curriculares de um outro curso de graduação superior na área da saúde. Exceto as instituições hospitalares universitárias especializadas, que disponham de curso de pós-graduação – reconhecido pelo CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior);

b) Abrigar programas de Residência Médica, regularmente credenciadas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), contemplando, no mínimo, 10 vagas de R1 entre as áreas de atenção básica, excetuando-se os hospitais especializados que dispõem de programa específico e credenciado de Residência, com no mínimo de 10 vagas de ingresso anual;

c) Garantir acompanhamento docente para estudantes de graduação e preceptoria para os residentes;

d) Abrigar atividades regulares de pesquisa no hospital de ensino;

e) Possuir instalações adequadas ao ensino, com sala de aula e recursos audiovisuais;

- f) Possuir ou ter acesso à biblioteca atualizada e especializada na área da saúde, integrada a BIRENE e as bibliotecas visuais em saúde.
- g) Ter constituídas as comissões de Ética em Pesquisa, Documentação Médica e Estatística e de óbitos, desenvolver atividades de vigilância epidemiológica, hemovigilância, farmacovigilância em saúde.
- h) Participar ativamente do Pólo de Educação Permanente em saúde quando existente em sua área de abrangência.
- i) Dispor de programa institucional de desenvolvimento de docentes, preceptores, profissionais técnico-assistenciais, gerentes e profissionais de nível técnico.
- j) Participar das políticas prioritárias do SUS e colaborar ativamente para a rede de cuidados progressivos à saúde;
- l) Dedicar um mínimo de 70% da totalidade de leitos ativos e do total dos procedimentos praticados ao SUS. Os hospitais públicos devem assumir o compromisso de atingir 100% num prazo de 4 anos.
- m) Regularizar e manter sob a regulação do gestor local do SUS a totalidade dos serviços contratados, de acordo com a norma operacional vigente no SUS.
- n) Dispor de atendimento de Urgência e Emergência, funcionando 24 horas por dia;
- o) Estar formalmente inserido no Sistema de Urgência e Emergência locoregional;
- p) Aderir a Política de Humanização do SUS;
- q) No caso dos hospitais públicos, dispor de Conselho Gestor; no caso dos hospitais privados; dispor no âmbito do Conselho Municipal ou Estadual de Saúde, de uma comissão Permanente de Acompanhamento dos contratos firmados com o SUS;
- r) Dispor de estrutura mínima de gestão hospitalar, que inclua rotinas técnicas operacionais, sistemas de avaliação de custos, sistema de informação e sistema de avaliação de satisfação do usuário.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS, 2004), até agosto de 2004, 166 hospitais de ensino solicitaram sua certificação, 78 já haviam entregado a documentação exigida, com prazo final estabelecido para os hospitais que receberam a comunicação do Ministério da Saúde (MS), até o dia 28 de agosto. Nesse processo, 18 foram certificados, sendo que apenas 1 (um) não foi aprovado, requerendo a este à adequação aos requisitos não cumpridos, 24 foram visitados e 4 (quatro) foram contratados efetivamente. Vale ressaltar que, a atual política nacional dos hospitais de ensino está regulamentada pelas Portarias interministerial<sup>49</sup> MEC/ MS Nº. 562/ 2003; MEC/ MS Nº. 1000/ 2004; MEC/ MS Nº1005/ 2004; MEC/ MS Nº1006/ 2004.

A justificativa da definição do significado do que vem a ser um Hospital Escola (Hospital de Ensino), se faz necessária pela denominação do título da pesquisa, ou seja, a atuação profissional de assistentes sociais em Hospitais Escolas em Belém do Pará, pois ao eleger os quatro hospitais de pesquisa como Hospitais Escolas, o critério adotado não se pautou necessariamente no aspecto legal de certificação dos hospitais, mas, principalmente, no fato de apresentarem condições de campo de ensino para o Serviço Social, mediante convênios firmados com os hospitais e as universidades do Pará para esse fim, em que funciona o Curso de Serviço Social.

Assim, embora se torne incoerente para a pesquisa selecionar o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) pelo fato de não constituir, hoje, campo de estágio oficializado para o Serviço Social, mas é certificado como Hospital de Ensino pela mesma portaria da FSCMPA, e dispõe de assistentes sociais em seu quadro de pessoal.

---

<sup>49</sup> Portarias Interministerial MEC /MS Nº. 562, de 12 de maio de 2003, institui a Comissão Interministerial com objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos Hospitais de Ensino do Brasil, visando reformular e reorientar a política para o setor; MEC/ MS Nº. 1000, de 15 de abril de 2004, trata sobre o processo de certificação dos Hospitais de Ensino, estabelecendo os requisitos obrigatórios para esse fim; MEC/ MS Nº. 1005, de 27 de maio de 2004, define os documentos para a verificação do cumprimento dos requisitos obrigatórios do processo de certificação; MEC/MS Nº. 1006, de 27 de maio de 2004, cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no e SUS e dá outras providências.

### 3.4 PASSOS DA PESQUISA

#### 3.4.1 PERFIL DOS SUJEITOS DA PESQUISA

A pesquisa realizada nos hospitais selecionados, além dos instrumentos teóricos que discutiram questão como instituição e poder baseados, sobretudo em Weber, Foucault e Faleiros, amparou-se em procedimentos legais como a Resolução N.º196/ 96, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde e vinculada ao Ministério da Saúde, que dispõe sobre a Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos<sup>50</sup>, como forma de proteção aos sujeitos da pesquisa e integridade da mesma (ROSA et al, 2006).

Contudo, como já foi afirmado, a pesquisa de campo e respectivas entrevistas, se deu em 03 (três) hospitais<sup>51</sup>, ou seja, no HOL, HUBFS e FSCMPA, os quais para demonstração dos resultados encontrados, serão denominados de instituição: A, B e C; e os sujeitos da pesquisa entrevistados de E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10, respectivamente<sup>52</sup>.

A descrição dos resultados se pautou em três eixos temáticos, que serão discutidos a seguir. Antes de mostrar o resultado do material pesquisado, será

---

<sup>50</sup> “A pesquisa envolvendo seres humanos é conceituada como aquela ‘que, individual ou coletivamente, envolve o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou parte dele, incluindo o manejo de informações ou materiais’. [...] Ou seja, pesquisas dinamizadas com diretamente com os sujeitos ou indiretamente, como, por exemplo, levantamentos em prontuários ou registros individuais de usuários dos serviços”. (Rosa et al, 2006, p.66-7)

<sup>51</sup> O HUBFS passou pelo mesmo procedimento metodológico de seleção dos profissionais dos outros hospitais selecionados para a pesquisa, apresentou-se a coordenação de Serviço Social do referido hospital, o Termo de Aprovação do Projeto de Pesquisa, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa para garantia da eticidade do estudo. Foram feitos vários contatos telefônicos com as assistentes sociais do HUBFS selecionadas para a entrevista, mas não houve interesse em conceder a entrevista e contribuir com este levantamento. Portanto, lamentavelmente, o hospital consta na pesquisa somente com levantamento prévio realizado, não sendo possível a realização da entrevista, sendo que nada consta em termos de informação da dinâmica de trabalho e visão dos respectivos profissionais.

<sup>52</sup> Para obtenção dos dados, utilizou-se um formulário semi-estruturado, com questões abertas e fechadas, que permitiu a realização da pesquisa numa perspectiva quantitativa e qualitativa. As entrevistas foram realizadas nas instituições: uma individual e outras em grupo de dois a três profissionais.

identificado o perfil dos sujeitos da pesquisa, destacando alguns elementos significativos desse perfil.

Foram entrevistadas 10 (dez) assistentes sociais do sexo feminino na Faixa Etária de 26 a 55 anos, sendo: 5 do Hospital A, de um universo de 32 profissionais; 1 do Hospital B, de um universo de 10 profissionais; e 4 do Hospital C<sup>53</sup>, de um universo de 28 assistentes sociais. Veja os dados<sup>54</sup> (Tabela I, Figura 01).

**Tabela 1- Faixa Etária, 2006**

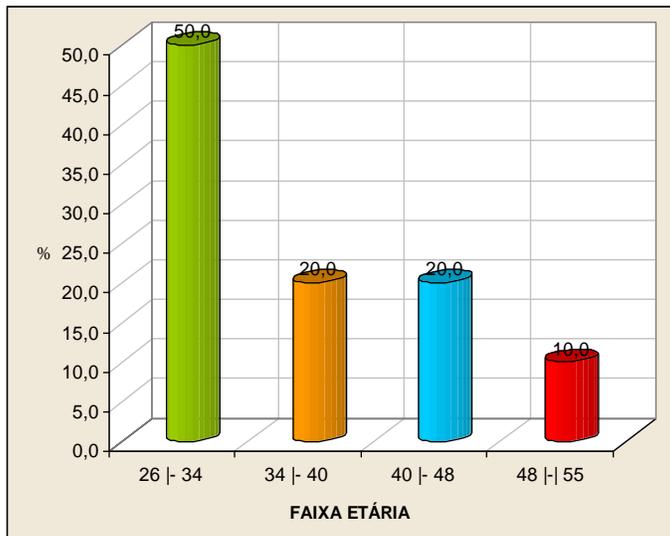
<b>Faixa-Etária</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
26  - 34	5	50.0
34  - 40	2	20.0
40  - 48	2	20.0
48  -  55	1	10.0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.

P > 0,05 (Teste do Qui-Quadrado, p=0.38)

<sup>53</sup> Hoje, após realização do Concurso Público em 2004, a FSCMPA já dispõe de 46 (quarenta e seis) assistentes sociais, sendo que cerca de 90% são concursadas.

<sup>54</sup> Para a aplicação dos testes foi utilizado o *Software<sup>1</sup> BioEstat* versão 4.0 e para a formatação das tabelas, gráficos e texto, foram utilizados o *Software Excel* e *Word* versão 2000. O teste  $\chi^2$  (**Qui-Quadrado**) foi sempre aplicado, para comparar se o conjunto de freqüências Observadas seriam iguais ou não ao que se esperava, observando teoricamente, testando-se as diferenças entre as freqüências observadas das esperadas, para detectar se elas são estatisticamente discrepantes ou não e assim poder afirmar se as diferenças são significativas<sup>2</sup>. Se o **P-Valor**<sup>2</sup> calculado for inferior a **0,05**, admite-se as diferenças como sendo estatisticamente significativas, caso contrário, se o **P-Valor** calculado for superior a **0,05** as diferenças serão consideradas estatisticamente não significativas. Em todos os testes foi fixado em 5% ( $p \leq 0,05$ ) o nível para a rejeição da hipótese de nulidade. (Teste aplicado por um Estatístico).



**Gráfico 1** – Faixa Etária, 2006.

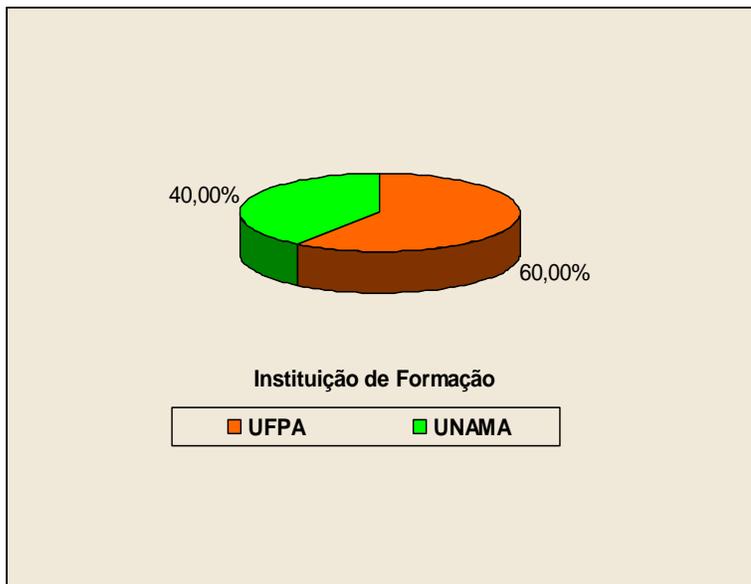
**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.

No que se refere à instituição universitária formadora, os dados revelam que mais da metade, ou seja, 60% (sessenta por cento) das entrevistadas estudaram na Universidade Federal do Pará, de caráter público, enquanto que 40% (quarenta por cento) estudaram na Universidade da Amazônia, de caráter privado. Longe de se ter uma visão maniqueísta dos resultados (Tabela 2, Gráfico 02), não se pode negar que os dados obtidos são bastante significativos para a pesquisa, visto que do ponto de vista da objetividade do resultado, se percebe que a UFPA, tal como várias universidades públicas do Brasil, responde significativamente a demanda de inclusão dos assistentes sociais no mercado de trabalho, com grande inserção na área da saúde.

**Tabela 2** - Instituição de Formação, 2006

Instituição de formação	Frequência	%
UFPA	6	60.0
UNAMA	4	40.0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.  
 $P > 0,05$  (Teste do Qui-Quadrado,  $p=0.75$ )



**Gráfico 2-** Instituição de Formação, 2006.

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.

Das assistentes sociais entrevistadas, 1 (uma) assim que se formou foi logo admitida no mercado de trabalho na área hospitalar, 3 (três) levaram um ano para admissão nessa área, 2 (duas) dois anos, 1 (uma) três anos, 2 (duas) sete a oito anos respectivamente, e 1 (uma) dezenove anos.

A área hospitalar tem se colocado como um espaço de atuação dos assistentes sociais desde a década de 50, onde é forte o trabalho de assistência à saúde do usuário. Geralmente, esse usuário chega para a instituição sem nenhum tipo de orientação, desconhecendo às vezes até o tipo de problema de saúde que tem. O profissional de Serviço Social identifica a sua situação, orienta de acordo com a sua procedência, rural ou urbana e sobre o seu tratamento, encaminha as equipes de trabalho, acompanha, identifica sua questão sócio-econômica, verifica as possibilidades de inclusão em programas sociais, Saúde, Assistência e Previdência social (BPC, TFD, Aposentadoria, Bolsa Escola e outros).

Também é comum na rotina de trabalho do assistente social, recorrer à rede de serviços socioassistencial que ajudam a viabilizar a prestação de serviços. A demanda de trabalho do assistente social na área da saúde é muito grande, haja vista que no Pará há 143 (cento e quarenta e três) municípios, com estimativa do

Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) para julho de 2006, de uma população de 6.970.586 habitantes.

Dessa realidade, é em Belém onde estão concentrados os hospitais de referência, nesse sentido o atendimento acaba se transformando numa *via crucis* para o usuário, porque é muito difícil conseguir consultas especializadas, exames, por meio da central de marcação de consultas. Geralmente, a população da zona rural vem para Belém, sem orientação, sem encaminhamentos e/ ou recursos.

Nos hospitais, em Belém, essa realidade tem sido identificada pelos assistentes sociais que, em muitos casos, normalmente, para intervir na questão e garantir direitos precisam recorrer as equipes de saúde, as redes e outros órgãos, como o Ministério Público, assim como as prefeituras que geralmente não asseguram nem mesmo o transporte para o usuário e acompanhantes.

Ao retomar a questão da formação, há contradições que só a pesquisa é capaz de revelar de forma objetiva, como é o caso do processo de formação referente ao campo de estágio.

Os dados revelam que embora se registre um crescente aumento do mercado de trabalho para os profissionais de Serviço Social na área da saúde, nos hospitais pesquisados maior parte das entrevistadas que se atuam nessas instituições, não passaram por estágios nessa área de atuação, sobretudo na esfera hospitalar, conforme demonstram os dados abaixo (Tabela 3, Gráfico 3).

Dessa forma, tem-se a seguinte distribuição: 1(uma) realizou estágio na área da Saúde e Movimentos Sociais; 2 (duas)HOL; 1 (uma) HEMOPA;1 (uma) no Programa de Reforma Urbana – PARU; 1 (uma) no Centro Comunitário do Guamá e LBA; 1 (uma) na Política de Meio Ambiente;1 (uma) IPMB; 1 (um) COSANPA;1(uma) na área da Assistência Social. Vale ressaltar que, a exemplo da UFPA, é na década de 90 que os campos de estágios começaram a se organizar em Programas e Projetos nas áreas da Assistência, Saúde, Reforma Urbana e outros. E como se pode observar somente duas realizaram de fato estágio na área hospitalar, especificamente no Hospital Ofir Loyola.

**Tabela 3 - Campo de Estágio, 2006**

<b>Campo de Estágio</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Saúde	04	40.0
Outros	06	60.0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.  
 $P > 0,05$  (Teste do Qui-Quadrado,  $p=0.75$ )

**Gráfico 3 - Campo de Estágio, 2006**

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.

Ainda no campo da qualificação profissional dos assistentes sociais, um dado que chamou atenção é que 70% (setenta por cento) das entrevistadas realizaram cursos de pós-graduação, sendo: 2 (duas) com Especialização em Saúde Pública; 2 (duas) em Administração Hospitalar; 1 (uma) em Políticas Públicas; 1 (uma) em Diagnóstico Individual; e 1 (uma) em Violência Doméstica, sendo que nenhuma fez Mestrado ou Doutorado.

Observa-se, nesse sentido, que há uma busca dos assistentes sociais em especializar-se, sobretudo na área da saúde, diante da complexidade das demandas institucionais e pela necessidade de afirmação do assistente social no mercado de trabalho, bem como responder a essas questões diante da multidisciplinaridade e até da interdisciplinaridade, é um profissional que precisa dar resposta às questões sociais existentes.

Esse dado, também, contribui para uma outra visão da questão, ou seja, embora 60% (sessenta) das assistentes sociais não tenham estagiado na área saúde como mostra a Tabela 3, Gráfico 3 (p. 108), 70% (setenta por cento) buscaram formação especializada na área da Saúde, após a graduação em Serviço Social. Essas especializações também ajudaram os assistentes sociais nos concursos públicos realizados pela SESPA, FSCMPA, HUIBB e outros espaços de atuação do Serviço Social na área da saúde. Veja os dados (Tabela 4, Gráfico 4):

**Tabela 4 - Pós-Graduação, 2006**

<b>Pós-Graduação</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Sim	07	70.0
Não	03	30.0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.  
 $P > 0,05$  (Teste do Qui-Quadrado,  $p=0.34$ )



**Gráfico 4 - Pós-Graduação, 2006.**

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.

Após configuração do perfil dos sujeitos da pesquisa, passaremos para o próximo ponto que trata da discussão propriamente dita da atuação profissional dos assistentes sociais nos Hospitais Escolas em Belém do Pará, pautada em três eixos temáticos: **I Eixo:** A prática profissional na área hospitalar; **II Eixo:** O apoio institucional; e **III Eixo:** O espaço profissional. Veja a seguir os dados.

### 3.4.2 QUESTÕES NORTEADORAS DA PESQUISA DE CAMPO

#### 3.4.2.1 A Prática Profissional na Área Hospitalar

A partir da discussão da temática é preciso pontuar, inicialmente, algumas questões de relevância para a pesquisa, pautadas em estudos realizados por assistentes sociais pesquisadores, com destaque para o estudo realizado por Costa (2000) referente ao trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. Em sua pesquisa, Costa fala da inquietação presente nos discursos dos profissionais de Serviço Social, que questionam a imprecisão da profissão por conta da existência de traços voluntárias e empiristas verificados na atuação profissional, que na visão desses profissionais tem contribuído para fragilizar e, conseqüentemente, desqualificar tecnicamente a visão que se tem do trabalho dos assistentes sociais nas instituições, pelo real desconhecimento da importância do trabalho desses profissionais, principalmente em relação à demanda que assiste.

Ao refletir sobre esta questão, a autora faz uma observação importante, enquanto na organização amplia-se o discurso da fragilidade profissional em decorrência dessa imprecisão. Por outro lado, verifica-se um aumento significativo de contratações de assistentes sociais na área da saúde, uma vez que no cotidiano encontra-se evidente a existência de um conjunto de questões demandadas pelo coletivo da sociedade e usuários do sistema, que determina a necessidade de sua existência na instituição e visa responder aos objetivos institucionais em meio ao estabelecimento de papéis que atendem as determinações do processo de hierarquização das relações, de forma impessoal, disciplinar e organizacional, atendendo a finalidade instrumental de sua institucionalização, no processo técnico-operativo. Assim, “uma profissão não se constitui para criar um dado espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional”. (COSTA, 2000)

De fato a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizada na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir

desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se volta para a intervenção sobre essas necessidades. (ABESS *apud* COSTA, 2000, p. 37)

Para confirmar o que já foi citado, verifica-se que pesquisas realizadas por entidades de Serviço Social como a Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS)<sup>55</sup> revelam que a área da saúde, tem sido uma das áreas que mais absorve assistentes sociais no Brasil. No Pará, esta realidade não é tão diferente, algumas pesquisas, ainda em face de conclusão, já revelam esses dados, sendo o primeiro campo, o da Assistência Social e o segundo, o da Saúde.

Para Costa (2000, p.39), “a ampliação do mercado de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde deve-se tanto à ampliação horizontal das subunidades de serviços quanto a uma maior divisão sociotécnica do trabalho”.

Costa, ainda argumenta que:

[...] Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil. (COSTA, 2000, p.41)

É claro que não se pode analisar a questão isolada de um contexto maior do desenvolvimento das Políticas Públicas no Brasil e do próprio sistema social adotado. Na trajetória das políticas de assistência no país, à saúde obteve grandes conquistas por meio das diversas lutas, impulsionadas por movimentos sociais, sobretudo pelo movimento da Reforma Sanitária na década de 80, que culminou com a Constituição de 88, sendo instituído no artigo 194 da Constituição Brasileira, o Capítulo da Seguridade Social que abrange as Políticas de Saúde (artigo 196, Constituição Federal), Previdência (artigo 201, Constituição Federal) e Assistência Social (artigo 203, Constituição Federal).

Nessas três esferas de atenção, destaca-se a implantação do SUS, como uma das grandes conquista para o desenvolvimento de ações

---

<sup>55</sup> Dados informados no Seminário de Serviço Social – Interfaces com a área da saúde, ocorridos nos dias 26 e 27 de outubro de 2006.

multidisciplinares que favorecem a atuação de diversas profissões na área da saúde, dentre as quais, o Serviço Social.

No que se refere à questão específica da atuação dos respectivos profissionais na área da saúde – embora o Curso de Serviço Social ofereça uma formação generalista<sup>56</sup> – a Resolução N.º 218/ CNS de 6 de março de 1997, reconhece o assistente social como profissional de nível superior da área da saúde. Posição ratificada pelo Conselho Federal de Serviço Social pela Resolução N.º. 383/ CFESS de 29 de março de 1999. Nesse sentido, a área da saúde por ser bastante complexa impulsiona os assistentes sociais a buscarem um aprimoramento na área. Mas, independentemente, de onde ele esteja seu conhecimento deve ser sempre atualizado devido às questões sociais existentes.

Contudo, como já fora afirmado anteriormente é importante ressaltar que:

Art. 2º - O assistente social atua no âmbito das políticas sociais e, nesta medida, não é um profissional exclusivamente da área da saúde, podendo está inserido em outras áreas, dependendo do local onde atua e da natureza de suas funções. (RESOLUÇÃO N.º383/CFESS, 1999)

Destaca-se, sim, a área da saúde como de grande relevância para as assistentes sociais, mas, se assume a mesma posição do CFESS e se reconhece que a atuação do assistente social não se restringe a esta área de atenção, pois, ao se levar em consideração as características de uma formação generalista, considera-se que os assistentes sociais dispõem também de outras possibilidades de atuação em áreas correlatas as políticas públicas, principalmente da política de Assistência Social amparada pela Lei Orgânica da Assistência Social (N.º. 8.742/93 – LOAS).

Agora, a análise, sobre as questões levantadas no I eixo temático, foi centrada em 05 (cinco) questões referentes à prática profissional na área hospitalar:

- A primeira refere-se à visão que o profissional de Serviço Social tem a respeito da instituição hospitalar, visando identificar nas falas a forma

---

<sup>56</sup> “Profissional dotado de formação intelectual e cultural generalista crítica, competente em sua área de desempenho, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho”. (CRESS 7º Região/ RJ, 2005, p.348)

de conceberem a instituição e a percepção da existência de relações de poder no espaço organizacional;

- A segunda refere-se à descrição do tipo de trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nos hospitais;
- A terceira refere-se às situações que mais requer a intervenção profissional;
- A quarta refere-se à definição da relação da teoria e prática na instituição, sobretudo, por se tratar de hospitais de ensino;
- A quinta refere-se ao fundamento teórico-metodológico que norteia a prática profissional dos assistentes sociais na esfera hospitalar na perspectiva da instrumentalidade da ação profissional dos assistentes sociais.

Sobre a leitura que se faz de uma instituição hospitalar, Giddens (2005) informa que um Hospital caracteriza-se por ser uma grande organização social, constituída de pessoas estruturadas em uma relação impessoal, construída para atender uma demanda específica, tendo como finalidade maior a cura ou melhora do estado de saúde da população.

Como já referido, o Serviço Social se institucionaliza no Pará na década de 50, no Hospital Ofir Loyola e é encampada pela UFPA em 1963. Em face da constatação, historicamente comprovada na pesquisa realizada por Ribeiro (2004), e considerando a estreita vinculação que o Curso de Serviço Social mantém com a área hospitalar, perguntou-se aos assistentes sociais:

#### 1) Como definem a instituição hospitalar?

A questão foi proposta no intuito de perceber qual a visão que predomina no imaginário dos assistentes sociais na instituição hospitalar, de forma mais geral e independente de uma ou outra concepção ideológica. Certamente, algumas profissionais tiveram certa dificuldade em conceituar a referida instituição, até porque a questão não foi direcionada para uma visão mais delimitada. Porém,

nas entrevistas foi possível observar que predomina entre as assistentes sociais uma visão pautada na perspectiva de finalidade, da sua condição de prestador de serviços, conforme se pode observar nas falas dos entrevistados: E1, E2, E7, E9 e E10<sup>57</sup>.

E1:

A instituição é um espaço complexo, a realidade que vivenciamos é crítica, as situações são de alta complexidade, com muitas especificidades [...], a clientela vem à procura por várias vezes, em muitos casos apresentando complicações graves da doença, em síntese a instituição é de alta complexidade, com situações também complexas.

E2:

A instituição é um espaço contraditório, que ao mesmo tempo há a realização da prestação de serviços, há também uma preservação do espaço institucional.

E4:

O hospital é uma estrutura complexa, composta de várias especialidades, com vários profissionais, cujos objetivos de saúde são comuns entre esses profissionais (promoção da saúde); atendimento a comunidade, com um único objetivo à saúde da população.

E9:

A instituição hospitalar tem toda uma necessidade, uma obrigatoriedade de prestar uma assistência de qualidade, esse atendimento envolve desde a recepção, elegibilidade, acolhimento do paciente, a qualidade dos serviços, então a instituição hospitalar é aquela que realiza assistência à saúde, e é importante dentre as demais políticas.

E10:

A instituição hospitalar é uma prestadora de serviços, de garantir a saúde para o usuário, ela se preocupa com a questão da garantia de direitos dos usuários.

E7:

É um espaço que oferece serviços de alta complexidade a uma população específica. Na verdade esses serviços que são prestados é um direito do cidadão que aqui chega para tratar de alguma doença, específico de alguma doença, uma realidade que as pessoas acabam tendo que enfrentar quando, por falta da saúde, a doença, elas buscam esses espaços, para se

---

<sup>57</sup> Os entrevistados não citados, correspondente a concepções semelhantes ao grupo e/ ou profissional, que foi entrevistado, evitando-se com isso a repetição de idéias.

tratarem, para tratamento de sua saúde, então, eu vejo assim, que é uma prestadora de serviço sim, tem algumas nuances nesses tratamentos desses usuários, uma vez que a maioria que chegam aqui nessa unidade, nessa instituição são pessoas oriundas de outros locais, [...], se o objetivo principal é o tratamento no decorrer dos dias, no decorrer do tratamento vai percebendo que esse usuário tem outras demandas que essa instituição também, tem o papel de resolver, de articular dependendo da especificidade, então eu concebo que a instituição existe porque ela responde a garantia de direitos para essas pessoas que estão nessa situação, que necessitam de proteção social do Estado, uma vez que a saúde tem esse caráter universal, a todos que chegam aqui, dentro das especificidades que nós atendemos nós devemos prestar o melhor atendimento possível a esses usuários.

Eu vejo assim, é uma prestadora de serviços de média e alta complexidade, mas observamos também que muitas pessoas que procuram a (instituição C), querendo iniciar um tratamento, elas não têm essa noção de seu funcionamento e forma de acesso, eu entendo que isso aí é uma situação que às vezes traz certas complicações para a instituição. Agora assim, olhando pelo aspecto do saber que congrega essa instituição, ela agrega vários saberes, seja da área da medicina, psicologia, ciências sociais, enfim dos vários profissionais que aqui se fazem presente.

É impressionante, o quanto ainda temos para caminhar, olhando pelo foco da prática profissional mesmo, o quanto esses saberes, ainda precisam estar em consonância, justamente para o atendimento a esse usuário que procura o serviço. Percebo que ainda há uma resistência dos saberes de se articularem para um único objetivo, o bem estar do usuário, ele deve ser atendido na sua totalidade, se beneficiando por vários olhares, essa falta de visão, deixa a maioria dos profissionais focalizarem somente o aspecto curativo, aquele atendimento para tirar o usuário da dor e da crise, então isso aí também traz um malefício muito grande, para própria visão da instituição.

No entanto, há quem o conceba do ponto de vista muito mais organizacional do que da finalidade a que se propõe como é o caso dos entrevistados: E5 e E6.

E6:

No meu ponto de vista, o hospital é uma instituição com normas, regras e uma missão.

E5:

Uma organização tem regras, normas, deveres, obrigações, de forma mais abrangente. Uma prestadora de serviço que atende um público direcionado tem a missão de estar dando conta de sua demanda. No meu ponto de vista um hospital de referência deveria estar voltado para a sua demanda, seu atendimento [...], no momento que atende além de sua capacidade e especificidade o hospital deixa a desejar, pois não há como atender muitas especialidades. Penso que o hospital precisaria se organizar nesse sentido, atender demandas específicas.

Por ser uma instituição governamental algumas questões são difíceis de compreender, os objetivos às vezes parecem obscuros, pois nosso poder

de intervenção se torna limitado em determinadas situações problemas trazidas pelos usuários. Mas, vivenciando essa realidade, essa demanda desordenada, principalmente da zona rural, por essas e outras situações a instituição não consegue dar resposta efetiva as necessidades da população usuária do sistema.

No conjunto dessas visões, observa-se que tanto no aspecto finalidade, quanto no aspecto organizacional, a questão da existência de relações de poder está implícita nas falas dos profissionais, que expressam simbolicamente como algo determinante no funcionamento da organização. Nesse aspecto, esses profissionais reconhecem que a prática profissional institucionalizada atende a determinados limites de sua atuação, sujeitos às regras, normas e parâmetros na intervenção, ora identificados na forma de conceber o Hospital. Uma outra observação importante a se fazer é que as assistentes sociais entrevistadas têm clara a noção de direito do usuário, portanto, de direito constitucional, e mostram conhecimento sobre as políticas públicas na esfera da Seguridade Social que assegura ao usuário um atendimento digno, eqüitativo, universal, ou seja, pleno de direitos.

No conjunto de suas intervenções, percebem as necessidades demandas pelos usuários, sobretudo dos usuários procedentes da zona rural que chegam à instituição sem orientação sobre os procedimentos do tratamento, assim como as limitações do Sistema Único de Saúde (SUS) e Política de Assistência Social. Os profissionais de Serviço Social procuram formas alternativas de lidarem com a questão, amparadas na legalidade de suas ações.

Observa-se também nas falas que as assistentes sociais compreendem a dinâmica do processo de descentralização da política de saúde na perspectiva do SUS, os papéis dos gestores dessa política, assim como identificam as responsabilidades institucionais. Concebem como situação problema o desordenamento no atendimento a demanda, sobretudo proveniente da zona rural, muitos chegam a esses hospitais como demanda espontânea, quando na verdade deveriam vir agendados pela Central de Marcação Consulta do Estado do Pará, nos municípios que se encontram na Atenção Básica do sistema de saúde, ou mesmo do

Município de Belém pela pactuação dos serviços com os municípios em Gestão Plena, que não dispõe do atendimento em seu local de origem.

São muitos os casos da demanda rural que chega à Belém desprovida de informações necessárias ao tratamento e acesso aos serviços, vêm sem cobertura do Tratamento Fora Domicílio (TFD), de casa de apoio e, às vezes, sem acompanhante. O Serviço Social identifica essas questões na instituição, orienta, articula recursos institucionais, TFD, BPC e outros.

Em uma outra questão, solicitou-se aos assistentes sociais:

2) Descreverem o trabalho que desenvolvem no hospital como assistente social?

A fim de identificar o que faz o assistente social nessa área de atuação, ou seja, o tipo de trabalho que realizam na área hospitalar, está presente nessa questão a intenção de socializar com os diversos profissionais, e, principalmente, com o conjunto da categoria dos assistentes sociais, um pouco do fazer profissional do Serviço Social na área hospitalar. Assim, nas entrevistas, algumas assistentes sociais falaram que desenvolvem um trabalho de mediação, orientação social, acolhimento, articulação de recursos e triagem, conforme se pode observar nas falas descritas em seguida:

E3:

Como a profissão na área da saúde está atrelada a esse bem-estar clínico, o assistente social é o principal mediador da relação médico/paciente. É o profissional facilitador da inserção do usuário no serviço busca garantir os direitos desse usuário na instituição. Ele orienta sobre a rotina da instituição, o tipo de serviço que realiza, a forma de como vai encaminhar a situação do usuário e também orienta os recursos existentes na Rede de Serviços. O que o usuário tem de direito na instituição (consultas, exames, medicação e outros benefícios como: BPC, TFD, aposentaria junto ao INSS e outros) garantindo o direito ao atendimento na instituição.

E2:

O trabalho do Serviço Social é de garantir direitos não só no espaço institucional, como nas Secretarias de Saúde, principalmente dos municípios de onde é maior a demanda de usuários. Há um trabalho de

sensibilização, encaminhamentos, esclarecimentos voltados principalmente para a rede de toda a cobertura de prestação de serviços à sociedade.

E1:

O Serviço Social é uma profissão que tem em sua natureza uma dimensão acolhedora, realiza constantemente na instituição esclarecimentos e orientação aos usuários que procuram o serviço. É o profissional que está na linha de frente, recebendo e encaminhando o usuário.

E4:

Eu iniciei no Hospital fazendo triagem hospitalar e no decorrer da atuação o Serviço Social foi ampliando o seu campo de atuação, e hoje estou dentro de um programa. Eu vejo assim, o Serviço Social ele atua como um agente facilitador dentro de qualquer trabalho, qualquer programa que ele esteja inserido. O Serviço Social não atua sozinho, ele tem que ter a consciência de que sua especificidade integra uma equipe de trabalho que realiza o acolhimento dos pacientes para a realização do tratamento.

E6:

O Serviço Social que atua em uma instituição também está dentro de uma hierarquia institucional, onde há normas, burocracia. Há também um vasto campo para a atuação profissional que vai da orientação ao usuário, benefícios como: TFD, aposentadorias e outros. Realiza a triagem das pessoas para garantir o acesso que pode ser Casa de Apoio para quem não reside em Belém, alimentação para acompanhante, permanência do usuário para tratamento, assim como para seu acompanhante, principalmente para quem é da zona rural e precisa ficar em Belém com o usuário. A instituição precisa garantir assistência ao usuário e seu acompanhante, principalmente quando se trata de mulher e idoso.

A respeito das normas e rotinas, Costa (2000) refere que sua utilidade é assegurar a disciplina e o enquadramento do usuário às normas e rotinas da instituição. Nos hospitais, elas incidem sobre o cumprimento do horário e duração da visita, número de visitantes por pacientes internados, comportamentos adotados na visita e etc.

Outra atividade bastante realizada pelos assistentes sociais, referida pelos sujeitos da pesquisa é a questão da “entrevista social” (ver foto 17), instrumento técnico-operativo de intervenção necessário para a formulação do perfil socioeconômico dos usuários atendidos para definição das ações de intervenção do Serviço Social na questão social trazido por esse usuário ao espaço hospitalar, além de atividades educativas realizadas em grupos com as famílias. (Ver Foto 16).



**Foto 16:** Assistente Social da FSCMPA, realizando atividade sócio-educativa com mães e crianças.

**Fonte:** (ALBIM, janeiro de 2007).

Segundo referem as assistentes sociais entrevistadas sobre o trabalho que desenvolvem na instituição hospitalar:

E7:

[...] muita coisa há para se fazer, com certeza em qualquer outra área do hospital, O Serviço Social faz uma primeira recepção desse usuário que é internado, uma vez que estamos intimamente ligados aos pacientes internados [...], faz uma primeira abordagem, utiliza, uma entrevista, que visa levantar o perfil sócio-econômico dessa criança, dessa família que esta sendo atendida [...], o nosso trabalho consiste em articular serviços, tanto dentro do hospital, quanto extra (fora), uma vez que 60% das nossas crianças são oriundas do interior do Pará, precisa conversar, seja através de atividades em grupo, que costumamos realizar, seja através da abordagem individual, falar das normas da instituição para que seja garantido um melhor serviço, mas não podemos deixar de perceber que muitas questões que essas famílias trazem para o ambiente hospitalar, não são possíveis de serem resolvidas na instituição.

Existem questões mais estruturais que não temos gerência sobre elas, mas que não iremos deixar de discutir com o familiar [...], enfim todas essas questões estão ali no momento em que faz a abordagem, com essa mãe, com esse pai, enfim, com o acompanhante responsável e com a própria criança. Então, nosso trabalho consiste em articular serviços, em garantir direito, sim, a população internada aqui, garantir direitos, seja através do Ministério Público, o TFD quando é aberto, garantir direitos quando percebe que é uma situação que pode está cuidando, encaminhando para a Rede de Serviços, e de outras especialidades que não tem aqui, e que

esse usuário ele possa está utilizando a Rede Municipal, a Rede Estadual, relatórios que encaminha, pareceres, enfim.

E8:

Na verdade é através desse instrumento da entrevista social que conhecemos as demandas, aquilo que precisamos trabalhar para poder estar articulando os recursos necessários à questão do usuário.

Para reiterar esta constatação referida pelos sujeitos da pesquisa, Costa (2000) argumenta que a obtenção de dados dos usuários nos hospitais se dá por meio da entrevista, cuja atividade consiste no preenchimento de uma ficha social ou questionário, e que essa forma de intervir constitui a primeira etapa do processo de atendimento e acompanhamento realizado pelo assistente social. Na entrevista são privilegiados os dados relativos às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, emprego, renda, religião e referências pessoais. Essas informações facilitam a comunicação entre a instituição, o usuário e sua família, contribuindo para resolução de problemas advindos da condição objetiva desses segmentos sociais atendidos pelos assistentes sociais.

Em termo genérico, essa atividade relaciona-se com a necessidade que tem o sistema de saúde de obter informações e controle a respeito dos fatores intervenientes no processo saúde/doença do usuário, seja em nível individual ou coletivo, fatores esses considerados indispensáveis ao diagnóstico e ao tratamento. Ocorre em menor ou maior nível de aprofundamento, dependendo da concepção de saúde e do modelo que informa e organiza o sistema. (COSTA, 2000, p.47)

Vale ressaltar que, a autora supracitada refere que esse tipo de atividade, na prática médica liberal, era uma atribuição específica do médico. À medida que a ação profissional dos médicos passou a integrar o trabalho coletivo nas ações sanitárias, visando controlar o nível de saúde da população, a prática da entrevista para o diagnóstico “sofreu uma redivisão e ampliação do seu conteúdo tornando-se instrumento de ação de outras profissões, dentre as quais, do assistente social”.

E para concluir essa questão, Costa (2000) refere em sua pesquisa que as atividades do Serviço Social na área da saúde estão prioritariamente concentradas nos respectivos campos de intervenção:

- a) **Ações de caráter emergencial:** consistem na viabilização de internações, exames, consultas médicas, tratamentos, auxílio transporte, medicamentos, órtese, prótese, abrigos, roupas, material de higiene, etc.;
- b) **Ações educativas e de informação em saúde:** consistem na realização de atividades de orientações, abordagens individuais, coletivas e/ou grupais com famílias e a comunidade;
- c) **Ações de planejamento e assessoria:** consiste, sobretudo, na realização de ações de programas e projetos socioassistenciais.

De acordo com a situação problema é requisitado desse profissional: Perícia Social, Estudo Social, Parecer Social<sup>58</sup>, encaminhamentos, Perfil Sócio-Econômico, participação em entrevistas científicas, coordenação de eventos e outros.

No próximo ponto da discussão, ainda no mesmo eixo da prática profissional, foi perguntado aos assistentes sociais:

3) Qual a situação mais requer a intervenção profissional dos assistentes sociais na instituição?

Nessa questão, identificam-se as demandas de maior intervenção dos assistentes sociais nos hospitais, ou seja, que tipo de demanda é mais comum na

---

<sup>58</sup> **Perícia Social:** diz respeito a uma avaliação, exame ou vistoria, solicitada ou determinada sempre que a situação exigir um parecer técnico ou científico de uma determinada área de conhecimento. É realizada por meio do estudo social, e implica na elaboração de um laudo e parecer;

**Estudo Social:** é um processo metodológico específico do Serviço Social, tem por finalidade conhecer com profundidade, de forma crítica uma determinada situação ou expressão da questão social;

**Parecer Social:** diz respeito a esclarecimentos e análises, com base em um conhecimento específico do Serviço Social, a uma questão ou questões relacionadas a decisões a serem tomadas. (CFESS, 2003, p.41-47)

organização que requer a intervenção dos respectivos profissionais e como os assistentes sociais intervêm na resolução dessas questões. Para muitos profissionais, todas as questões que chegam à instituição requerem uma grande intervenção e se concentram muito mais nas questões de caráter emergencial referida por Costa (2000), conforme se pode observar na fala de algumas entrevistadas:

E6:

Praticamente todas, sempre está intervindo, mais eu acredito assim, que na questão do paciente que chega do município sem consulta marcada, sem nada agendado, sem família e nenhum parente ou conhecido, não tem onde ficar acho que é aí que intervém mesmo, que é só nós que realmente podemos fazer isso, viabilizar local, estadia, casa de apoio, um acolhimento para este paciente na capital. É o que marca mais a intervenção no meu ponto de vista.

E7:

É muito interessante essa pergunta até porque nós sempre estamos sendo chamadas para “resolver”, para dar resposta às questões de relação interpessoal seja do usuário com a instituição, ou mesmo desse usuário com outro profissional, enfim, é sempre proposto ao Serviço Social fazer o papel de mediador, essa demanda é muito freqüente.

A pessoa não conversa, não fala, está resistente, enfim parece que só o Serviço Social sabe fazer essa abordagem da mediação, que eu questiono, temos sim essa capacidade, mas considero que outros profissionais também têm condições a partir do saber agrega de fazer essa leitura do por que, que o usuário permanece assim, por que ele se porta dessa maneira, por que ele interage ou não numa relação de tratamento de saúde, enfim muitas outras questões que precisavam que vários profissionais, de vários saberes, comesçassem a fazer uma leitura, então é uma demanda que é direcionada só para o Serviço Social resolver, é como se ele fosse só o para-raio da história, aí se pergunta será que só nós temos a sensibilidade de observar essa situação que esta acontecendo com outro, provavelmente não, mas então por que tudo começa e termina no Serviço Social? Seria, assim, até uma questão de estar refletindo por que a situação funciona dessa forma, será que nós é que chamamos esse papel, essa tradição. Mas, ao longo dos anos, como foi trabalhada essa relação dentro dessa instituição a ponto de se pensar que problemas com o usuário é só encaminhar para o Serviço Social que ele irá se empenhar em resolver.

O Serviço Social não consiste só em resolver problemas, pelo contrário, mas que faceta é essa que faz parecer aparentemente que o Serviço Social é o mais capacitado para trabalhar as questões interpessoais, então tem muita coisa ainda para ser vista, qual é a leitura de poder que tem, enquanto eu assistente social, eu médico, eu enfermeira, com esse paciente que chega aqui para receber esse serviço, tem toda essa situação específica, então tem muitas coisas para serem questionadas, na verdade essas são as maiores demandas da intervenção.

E8:

Agente identifica que são famílias que chegam e não tem documentação nenhuma, começando da criança, mãe, pai, o nível de entendimento daquele acompanhante, às vezes é tão pequeno que chega ao ponto dele não saber nem a data de nascimento da criança, a idade, que para mim são coisas que ainda me chocam e aí há todo um resgate que tenta fazer, contato com o município de origem, tenta localizar essa família, o pai ou outros familiares, então observamos que é um trabalho muito intenso e como a nossa maior demanda é do interior, então é uma coisa que está sempre muito presente na nossa intervenção.

E9:

É a questão do TFD, porque é uma situação que todo dia se depara. Tem paciente que vem do interior, não tem onde ficar, não tem isso, não tem aquilo, e aí você vai verificar cadê o teu TFD? Que é um direito, ele deveria vir para Belém com um TFD, trabalhamos todos os dias, com essa questão do direito, com a questão do adolescente que começou a sua atividade sexual cedo, a sua maternidade, então são duas coisas assim que todos os dias trabalhamos. É a questão do TFD e a questão do adolescente. De como está garantindo que esse adolescente venha com acompanhante.

Contudo, diferentemente do que apontam os sujeitos da pesquisa como demanda de maior intervenção, Costa (2000) verificou em sua pesquisa que nos hospitais a demanda de maior requisição emergencial para os assistentes sociais ocorre na necessidade de viabilizar transportes para os pacientes, seja no caso de alta médica, de transferência para um outro hospital, ou mesmo de realização de exames em outras instituições.

Ao refletir melhor a questão, mesmo que ela tenha sido formulada com a intenção identificar as demandas de maior intervenção emergencial para os profissionais de Serviço Social, penso que ela apontou para um duplo sentido, visto que algumas assistentes sociais entrevistadas conceberam o questionamento do ponto de vista muito mais da complexidade da intervenção do que da intensidade da demanda no cotidiano de suas ações profissionais. Contudo, por atuar em um hospital, considero que o transporte é de fato uma demanda bastante freqüente no dia-a-dia da atuação profissional dos assistentes sociais, mas não a mais complexa, que requer um maior empenho na viabilização, até porque muitas instituições asseguram esse tipo de recurso para a intervenção profissional do assistente social.

As questões respondidas pelos sujeitos da pesquisa contemplam as duas visões, embora nenhum tenha pontuado claramente a situação do transporte.

A próxima abordagem, ainda no mesmo eixo da prática profissional, mas relacionada à questão da relação teoria e prática, perguntou-se as assistentes sociais:

4) Como definem a relação teoria e prática no desenvolvimento do seu trabalho?

Esta pergunta foi feita por se tratar de uma pesquisa realizada em hospitais de ensino, onde se tem a finalidade de contribuir para a formação de novos profissionais de Serviço Social, e pelo fato de muitos assistentes sociais serem orientadores de campo de estágio de acadêmicos em Serviço Social, conforme rege a Lei de Regulamentação da Profissão Nº. 8.662/ 93, no inciso VI, do Art.4, que dispõe sobre as atribuições privativas dos assistentes sociais.

Por isso, nessa questão, procurou-se observar como o Serviço Social concebe a questão na esfera da atuação profissional, no espaço concreto da organização hospitalar, no sentido de contribuir para o processo ensino-aprendizagem das unidades formadoras e da própria visão dos assistentes sociais na instituição. Diante dessa questão, os sujeitos da pesquisa responderam que:

E1, E2:

(E2) Extremamente complexa, apesar de que cem por cento do que foi dado na academia vai ser colocado em prática? Cem por cento não, mas a eu acho que dá uma base muito boa, e uma questão que é bastante discutida na equipe, principalmente, é a questão da ética profissional, isso é uma coisa extremamente importante que infelizmente na prática é muito pouco utilizada.

(E1): Deveria ter Ética I, II, III ..., ou seja, do primeiro ano até o último ano, porque às vezes o profissional só consegue ver o lado dele como ser humano. Assim como no processo de estágio você passa por um aprimoramento teórico dentro de uma faculdade durante cinco anos. Há falhas, há falhas sim, na minha época tinha e muitas coisas já foram melhoradas, mas tem profissionais que precisa estar rediscutindo essa questão, fico muito preocupada com a classe como um todo.

E1, E2:

(E2) A teoria é extremamente importante porque você tem noção da psicologia na academia, mas você sabe que se tem uma limitação, pois, você não é psicólogo, você precisa ter claro o seu limite, são teorias muito valiosas, mas que se não tiver essa visão ela se perde na prática, porque o profissional muitas vezes não se atenta para essa limitação, para questão da ética profissional, o sigilo profissional, isso são coisas extremamente importantes que infelizmente se vê por falta de esclarecimento, ou por falta de leitura, de está se atualizando, em fim vê a coisa um tanto solta, e é preocupante porque se vê que a prática está se dando de qualquer forma, (E1) a prática pela prática, (E2) exatamente, a importância da teoria porque para mim a teoria é extremamente importante e acabou caindo no esquecimento como se a academia fosse só um meio de ganhar um título.

E4:

Há uma interligação delas, da teoria e da prática. A teoria servindo como um tipo de orientação, um guia para aquela prática daquele profissional [...] as exigências hoje das instituições, estão levando a isso, você se aperfeiçoar ainda mais, sempre está buscando, não realizar uma prática pela prática, que hoje em dia, eu considero que a própria comunidade está exigindo isso de você, não é fácil, você sabe que não é fácil [...] requer certo cuidado, principalmente agora quando você tem os alunos, [...] quando eu cheguei à instituição não era muito bem visto essa relação por alguns profissionais, vejo que essa troca é importantíssima porque o aluno, está ali atualizando, trocando conhecimento com o profissional e o profissional já começa a perceber a necessidade dessa troca, dessa mudança, dessa busca.

E5:

Eu tenho certeza, não dá para você ter uma boa prática não tendo um bom embasamento teórico, esse conhecimento é necessário para o desenvolvimento de sua prática profissional, é uma práxis, não dá para o profissional chegar sem esse embasamento, o profissional precisa estar estudando constantemente, lendo bastante porque o processo não para, então você tem que está se atualizando para poder estar dando resposta as suas demandas, se você fica parado chegará um momento que você não conseguirá dar resposta para aquela demanda, eu penso que não dá para separar a prática da teoria.

E6:

Eu, também, acredito que a teoria é muito importante para ter um norte, para nortear a nossa prática, mas eu acredito que na realidade anda bem distante as duas, eu não concordo, assim, que siga o que aprendeu na teoria na prática é igualzinho, um exemplo é o que o próprio SUS prega, direito de todos e dever do Estado, acredito que isso é um pouco diferente na realidade, acho que é importante poder saber para poder até comparar, fazer esse comparativo, essa análise, mas que de fato, na realidade não andam assim unidas.

E7:

Sem essa relação é impossível trabalhar, na verdade teoria e prática elas se completam, elas estão (inter)relacionadas e precisam estar, na verdade são elas que dão suporte para toda abordagem que se vai realizar enquanto profissional. Então, é a leitura que você traz, a destituição de cidadania, de direitos, os referenciais que você tem para estar fazendo a abordagem com o usuário, com os outros colegas, com os outros profissionais, [...] enfim, não é possível separar a teoria e prática, elas andam juntas, elas são importantes para qualquer trabalho que o Serviço Social realiza.

É, como hospital escola, a área de Serviço Social na instituição é campo de estágio para o Serviço Social, eu penso que é fundamental, que esse espaço promova a ciência, é importante isso, dá credibilidade na abordagem a ser feita, faz com que várias tendências que gente tenha aqui sejam pesquisadas, estudadas, enfim elas possam contribuir mesmo com a formação profissional daqueles que aqui estão estudando o nosso próprio (re)olhar para a história, então eu penso que é fundamental está com um espaço onde se pode produzir pesquisa, principalmente na nossa área [...] eu acho que isso faz parte também do processo de aprendizagem do estagiário, do aluno que vem para o hospital escola, ele deve ter oportunidade de perceber que não há na teoria uma coisa e na prática outra, isso não existe, na verdade isso inventaram de alguma maneira, e deturparam de tal forma que as pessoas ficaram com essa visão.

Sobre a definição da relação entre a teoria e prática, tenho a mesma opinião dos sujeitos da pesquisa, consideramos que a atuação do assistente social no espaço institucional, sobretudo no Hospital Escola, deve ter como parâmetro a existência constante dessa relação entre a teoria e prática, como algo de grande relevância para atuação profissional dos assistentes sociais, favorecendo a realização de uma prática diferenciada do profissional na organização, que qualifique sua intervenção no hospital possibilitada pelas fundamentações teóricas de correntes filosóficas adequadas a leitura da realidade.

O desenvolvimento do trabalho do assistente social desprovido de uma constante relação com as teorias, torna-se uma ação vazia, ausente de sentido. Essa necessidade fica evidente quando os sujeitos da pesquisa fazem referência à questão da importância da relação da teoria e prática na questão da ética profissional, pois embora não verbalizado pelos respectivos profissionais, se percebe que há na instituição um desrespeito aos procedimentos éticos que devem ser adotados no atendimento profissional dos assistentes sociais aos usuários do sistema, principalmente no que diz respeito ao sigilo profissional, muitos

profissionais, não dispõem de espaço privativo para realizar os seus atendimentos, tendo que atendê-los em condições constrangedoras tanto para o técnico quanto para o usuário.

Mas, a questão da ética não se restringe somente a relação do profissional com a instituição, existem problemas que são questionados entre os próprios profissionais e com o usuário, questões essas que na visão dos sujeitos da pesquisa precisam estar ser constantemente debatidas pelo conjunto do Serviço Social, universidade, Conselho Regional de Serviço Social (CRESS – 1ª Região) e outras instâncias de reflexão da atuação profissional, daí a grande importância de se manter acesa a relação da teoria com a prática profissional.

Das opiniões expressadas pelos sujeitos da pesquisa, embora todas tenham a mesma posição da importância da relação da teoria e prática profissional, um considera claramente que há sim uma divisão entre a teoria e a prática, ou seja, nem tudo que existe em termos teóricos, se tem garantido na prática, para confirmar sua hipótese faz referência à legislação do SUS, onde muitos direitos garantidos na legislação da saúde não são assegurados aos usuários.

Outro fato importante a referir sobre a questão da importância da relação teoria e prática, é que embora, já se tenha esse caminho de valorização dessa relação aberto pelos campos de estágios da UFPA e UNAMA nos Hospitais Escolas, onde estudantes de Serviço Social e assistentes sociais discutem na rotina dos hospitais as questões sociais e institucionais na intervenção destes profissionais.

Vale ressaltar, como fora referido por um dos sujeitos da pesquisa, que no início das atividades do estágio curricular do Serviço Social nos hospitais, em muitas instituições os estudantes não eram bem visto pelos assistentes sociais, pois não viam nenhum benefício nessa relação, assim como os estagiários.

Conforme expressou a referida assistente social, hoje essa realidade é outra, esses estudantes têm tido um papel importante nas ações realizadas pelo Serviço Social, se sentem úteis ajudando a atender a população usuária do SUS, colaboram efetivamente nas atividades educativas e recreativas promovida pelos assistentes sociais nos hospitais, realizam relatórios, diário de campo, trocam

conhecimentos com os assistentes sociais orientadores de campo e produzem importantes pesquisas na esfera institucional dos hospitais. (Ver Foto 17).



**Foto 17:** Estagiárias de Serviço Social da UFPA, realizando Entrevista Social na FSCMPA, sob orientação da assistente social da instituição.

**Fonte:** (ALBIM, jan. 2007).

Por fim, o último ponto de discussão desse primeiro eixo, dispõe sobre a questão teórico-metodológica da profissão no espaço hospitalar, portanto, perguntou-se aos assistentes sociais:

5) Que fundamento teórico-metodológico norteia a sua prática profissional no hospital?

Essa questão foi bastante complexa de abordar, pois ainda hoje se confundem a questão da instrumentalidade e da instrumentação<sup>59</sup> no Serviço Social.

---

<sup>59</sup> Entende-se por instrumentalidade a orientação teórica que norteia a prática profissional do assistente social no espaço institucional face ao processo reflexivo da ação, e quanto mais o profissional desenvolve uma ação reflexiva pautada em uma direção social vinculado a um projeto maior de sociedade, visando à inclusão social e garantia de direitos, sua ação se torna teórico-metodologicamente mais instrumentalizada. Quanto à instrumentação, na nossa visão trata-se dos instrumentos de ação que o assistente social necessita par o desenvolvimento de sua atividade profissional tais como: a entrevista, o parecer social, os protocolos de intervenção, o diagnóstico dentre outros.

De acordo com Yolanda Guerra (2000), todo trabalho tem uma instrumentalidade, pois:

Para satisfazer as suas necessidades o homem projeta finalidades, planeja suas ações, escolhe, dentre as alternativas possíveis, aquelas mais adequadas ao alcance de suas finalidades; constrói, utiliza e aperfeiçoa os instrumentos de trabalho, e por isso ele é também um ser crítico. (YOLANDA GUERRA, 2000, p.7)

Compreende-se que a problematização dessa questão, permeia a discussão da intervenção profissional numa visão mais essencial da atuação do assistente social face ao projeto ético-político da profissão <sup>60</sup>. A questão perpassa pela compreensão do ser social que é atendido pelos assistentes sociais nos hospitais, historicamente situado no processo de constituição e desenvolvimento da sociedade no âmbito da reprodução da vida social, e que se encontram escritas nas Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social. (CRESS 7<sup>a</sup> Região, 2005). As respostas que se seguem nas entrevistas versam, sobretudo a questão da instrumentalidade da ação dos assistentes sociais nos hospitais.

E1, E3:

(E1) Tem uma hierarquia que de alguma forma se deve satisfação, que se deve seguir, mas trabalhamos com a realidade em conflito, não trabalhamos com a questão do materialismo porque como se trata de uma instituição, nem tudo pode ser mudado, então algumas coisas tem que ser do jeito que ela está se apresentando, a questão hierárquica, (E3) assim: ordem hierárquica, objetivo da instituição, missão da instituição, se você interpreta com o paciente, na maioria das vezes o que se coloca vai de encontra aos interesses desse usuário.

Sobre a questão do materialismo histórico-dialético, entende-se que alguns dos sujeitos entrevistados não adotam essa corrente de pensamento como

---

<sup>60</sup> De acordo com Reis (CRESS 7<sup>a</sup> Região, 2005, p. 409), “desde os anos 70, o Serviço Social brasileiro vem construindo um projeto profissional comprometido com a classe trabalhadora. Politicamente esse processo teve como marco histórico o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), em 1979, na cidade de São Paulo, quando a vanguarda profissional virou a página da história do Serviço Social brasileiro ao destituir a mesa de abertura constituída por oficiais da ditadura, substituída por nomes advindo do movimento de trabalhadores. Este congresso ficou conhecido como *O Congresso da Virada*. O Projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor ético central, o compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais.

fundamentação teórico-metodológica por entenderem que ela não consegue responder as questões ligadas ao sistema burocrático, hierárquico e a subjetividade.

E4:

Considero que não se deve esquecer da normatização da nossa profissão e, acima de tudo, do nosso Código de Ética, o profissional não deve jamais esquecer dessa visão crítica e ética da própria realidade que o cerca, ter em mente os processos de mudanças, das fundamentações teóricas, respeitar, sobretudo, esse procedimento metodológico, a realidade que ele está inserido, no caso a instituição, não deixar de lado principalmente os direitos humanos, ter essa visão dos direitos constitucionais, garantir acima de tudo que ele que seja acessível a essa cidadania desse usuário, ter em mente a eliminação de toda forma de preconceito, seja qual for a pessoa que esteja atendendo, principalmente as que portam alguma necessidade especial.

E7:

Eu considero, em primeiro lugar que a agente precisa entender que nós atendemos pessoas sujeitos de direitos [...] então penso que tem algumas categorias que você precisa trabalhar e ter claro que elas nunca podem estar descoladas da tua abordagem, que é preciso perceber o outro como sujeito da sua própria história, e que ele pode construir, e que ele pode agregar a essa história o conhecimento que ele quiser, e que aqui ele vem não para ser tratado, de uma maneira fria, simplista e funcional, recebeu a saúde, vai embora, mas que ele tem que ser tratado de uma maneira, onde possa perceber a complexidade dele, e possa respeitá-lo enquanto sujeito, enquanto pessoa.

Então, a nossa vontade, com certeza e de qualquer profissional consiste em abordar respeitando a visão que ele tem de mundo, de homem e por aí vai, tudo o que ele vai fazer, tudo o que se vai poder oportunizar nesse espaço para esse usuário, então é imprescindível se ter uma postura ética, ter um projeto ético-político definido na profissão, de entender que é um espaço que precisa promover direitos, serviços, solidariedade, respeito à pessoa humana, e enfim, um espaço eclético, na verdade é um espaço plural [...] de saberes, de intervenções, e como é que gente vai organizar isso, para o usuário que é atendido por este sistema, é tendo noção na abordagem das categorias que não podemos abrir mão, já citadas.

Mesmo que se tenha um Projeto Ético-Político e Pedagógico baseado no materialismo histórico-dialético, não se pode abrir mão de uma leitura pluralista da realidade institucional e social na dinâmica da atuação profissional, pois ao observar as falas descritas dos sujeitos da pesquisa, encontra-se, inclusive, no mesmo espaço institucional a existência de várias visões pautadas em concepções diversas, ou seja, baseada numa visão funcionalista, fenomenológica, materialista e etc.

Isso é um processo natural no exercício democrático da profissão, é preciso saber respeitar as diferenças, as diversidades de opinião, já que a própria Constituição Federal Brasileira de 88 garante esse direito. Não somos iguais, portanto é natural que se tenham formas diferenciadas de conceber a realidade que atuamos, temos que assumir uma direção enquanto categoria profissional. Mas essa direção não pode ser construída de forma arbitrária, impositiva, desrespeitando as diferentes formas de pensamento, como se nenhum outro conhecimento fosse válido a leitura da realidade, particularmente institucional, a não ser o materialismo histórico.

Na perspectiva da instrumentalidade e instrumentação – embora se compreenda a importância do assistente social ter uma ação profissional baseada num referencial teórico-metodológico que vislumbre uma atuação essencialmente pautada num projeto ético-político profissional e de sociedade, amparado principalmente nas legislações que instrumentalize o seu fazer profissional – esta mesma ação deve também levar em consideração a importância que os instrumentais técnico-operativos (instrumentação) exercem no trabalho dos respectivos profissionais.

Portanto, é de suma importância que o trabalho dos assistentes sociais nas instituições hospitalares seja dotado de ferramentas de intervenção como os protocolos, os livros de registro de ocorrência, as fichas de encaminhamentos, os questionários e etc., num processo que possibilite um fazer sistematizado correspondente as suas demandas de intervenção.

#### 3.4.2.2 Apoio Institucional

Para a discussão do II eixo temático, referente ao apoio institucional, foram levantados três questionamentos com as profissionais entrevistadas:

- A primeira questão refere-se aos recursos que os (as) assistentes sociais consideram essenciais ao seu trabalho na instituição;
- A segunda questão refere-se à existência de um espaço privativo para a intervenção profissional;
- Terceira questão refere-se ao apoio institucional.

A intenção nesse eixo é justamente perceber as relações de poder estabelecidas na instituição face às condições de trabalho possibilitadas aos assistentes sociais para o desenvolvimento de sua atividade profissional. Portanto, perguntou-se aos sujeitos da pesquisa:

1) Que recursos consideram essencial ao trabalho dos assistentes sociais na instituição?

Embora, pareça uma questão simples de responder, algumas respostas obtidas ultrapassaram o campo da objetividade, sendo inferida do ponto de vista da subjetividade das relações de poder estabelecidas no espaço institucional, pois somente em uma instituição, os recursos de que o profissional de Serviço Social necessita para o desenvolvimento de sua atuação profissional como: telefone, um espaço para atendimento e o transporte são garantidos na íntegra. Enquanto que, nas outras, a fragilidade da disponibilidade dos recursos que necessitam, compromete inclusive a qualidade do atendimento realizado com os usuários, como podemos confirmar nas falas descritas abaixo:

E1, E2, E3:

(E1) Para mim uma coisa extremamente essencial é a questão do telefone, do espaço físico, (E2) você ter um local reservado para atender o usuário. (E1) eu tenho muito essa preocupação de que alguém me aborde no corredor, então o espaço é muito importante. (E2) na instituição tem recursos bem razoáveis para trabalhar, dispõe de fax, que muitas das vezes não é a realidade de muitas instituições, tem um espaço, uma sala para está discutindo as nossas questões, (E3) e outros recursos como o transporte para levar o paciente que não tem condições, não deambula, o hospital dispõe de uma casa de apoio vinculada diretamente ao seu atendimento.

E5:

O hospital dar os instrumentos que necessita, nós temos uma sala, um computador, temos três linhas telefônicas só para a chefia, mesmo nos ambulatorios tem uma linha exclusiva para o Serviço Social, então tem um apoio muito bom para estar trabalhando, se precisa realizar uma visita domiciliar tem carro disponível para o serviço.

E4:

Eu partiria primeiro, aí, pelos recursos humanos, o hospital em que eu estou inserida, eu vejo que ele ainda é pobre em recursos humanos em termo de número de assistentes sociais pela própria estrutura dele, pelo avanço [...], são vários os programas, setores criados dentro da instituição, e que requer a presença do assistente social, então ainda é a desejar o número de assistentes sociais na instituição. Quanto aos recursos materiais, hoje o hospital está se informatizando, já dispomos de um computador para os nossos atendimentos. Eu vejo que teria que melhorar a parte de comunicação, por exemplo, o telefone, pela mudança que foi feita é muito restrito o uso, para você poder ligar tem que contactar com a telefonista, o ideal era você ter uma linha direta para o Serviço Social, e dispor de um transporte para intervenções para atender usuários que necessitam de atenção especial.

Quando os profissionais fazem referência à necessidade de recursos humanos, principalmente nos hospitais onde ainda se tem um número reduzido de assistentes sociais, verifica-se que essa necessidade já é uma realidade sentida nas instituições de Saúde Pública no Brasil. De acordo com Costa (2000), isso se deve ao crescimento das demandas institucionais e processos de modernização das organizações que por sua vez alteram significativamente sua estrutura hierárquica e estabelecem a ampliação horizontal das subunidades de serviços e maior divisão sociotécnica do trabalho. Assim, a carência de assistentes sociais sentida como necessidade nas organizações, não só por parte da categoria, confirma a tese da ampliação do mercado de trabalho para os novos assistentes sociais que pretendem ingressar nessa área de intervenção.

E7:

Eu acho que um dos recursos essenciais para desenvolver nosso trabalho como assistente social são os canais de comunicação, e esse espaço que é tão complexo, de vários profissionais, de tantas gerencias, de várias clínicas, cada um trabalhando com uma especialidade, então os canais de comunicação eles precisam estar abertos, precisa estar nos espaços discutindo, sugerindo, intervindo. Uma outra questão que eu acho assim muito complexa é o próprio aspecto espacial dessa instituição aqui, é

fundamental que você tenha um ambiente acolhedor, um ambiente sigiloso, para que você possa estar fazendo seus atendimentos, percebe que são falhas, assim, tremendas para o desenvolvimento do trabalho do Serviço Social na instituição, você não garantiu o aspecto estrutural, um local para que esse trabalhador que é o assistente social possa estar garantido que suas atribuições sejam realizadas.

E9:

Dar condições de que possa desenvolver tanto a questão da instrumentação, de fazer a visita, de fazer as entrevistas, de fazer as observações, isso é importante [...]. Recursos materiais, recursos institucionais, o transporte, o espaço físico, eu vejo que são questões básicas para que se possa garantir, por exemplo, o sigilo profissional, um atendimento digno. Vejo a necessidade de dispormos de um espaço físico, começa por aí. Na instituição, você quase não tem isso, eu poderia dizer que até tem essa sala, mas, não é específica para o atendimento do Serviço Social, tem colegas que atendem dez pessoas no mesmo espaço, pode parecer uma coisa sem importância para a instituição, mas considero que para o usuário é muito importante ter um espaço reservado para ser atendido. Aqui você não tem recurso, por exemplo, para fazer uma pesquisa, você não tem um computador disponível.

E10:

Hoje eu acho até que está melhor, quando eu entrei não tinha nem espaço físico, hoje já dispõe desse espaço, mas mesmo assim é dividido com a psicologia e outras profissões como (E9) disse, chega uma pessoa, ela não se sente à vontade de colocar algumas situações, porque aí já vê outra pessoa ali dentro com você, considero a questão da existência de um espaço físico para atendimento das demandas do Serviço Social muito importante [...].

Em relação à dificuldade de recursos não disponibilizados por algumas organizações para os respectivos profissionais, como a necessidade de se ter um espaço privativo para atendimento da demanda institucional, convém lembrar que a atuação profissional é pautada em legislações específicas aprovadas pelo conjunto da categoria e ratificada pelo Estado.

Portando, de acordo com o Código de Ética Profissional, de 13 de março de 1993, dentre outras questões, no Art.7º - Constituem direitos do assistente social: dispor de condições de trabalho condignas seja em entidades pública ou privada, de forma a garantir a qualidade do exercício profissional. (CRESS 7º Região, 2005, p.21).

Da mesma forma que no Art. 15º - do mesmo código é referido que constitui direito do assistente social manter o sigilo profissional, sendo no Art. 17º - vedado ao assistente social revelar sigilo profissional, e no caso do trabalho em equipe multidisciplinar, consta no “Parágrafo Único: A revelação será feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e numero de pessoas que dele devam tomar conhecimento”. (Idem, p.25).

Dessa forma, com base na legislação que ampara o trabalho dos assistentes sociais, entende-se que a questão da existência de um espaço privativo para a realização dos atendimentos dos assistentes sociais em qualquer instituição, constitui um direito profissional e um dever para com o usuário da garantia do sigilo profissional.

Para confirmar essa questão, ou seja, a necessidade da existência de um espaço privativo para realização dos atendimentos, perguntou-se aos assistentes sociais:

2) Você dispõe de um espaço privativo para atender a demanda hospitalar?

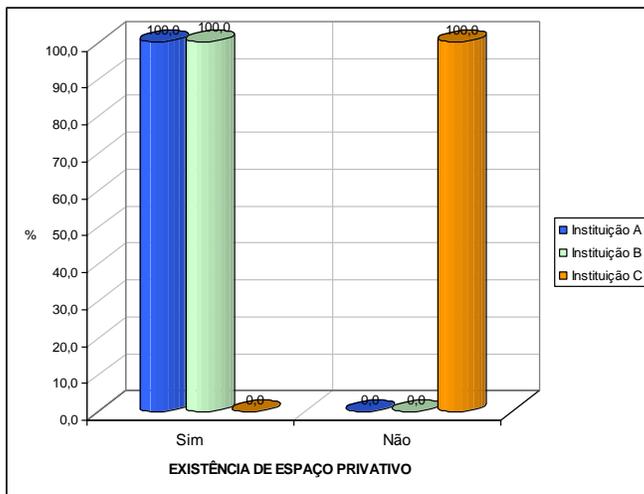
Como resposta, obteve-se os seguintes resultados:

**Tabela 5 - Existência de Espaço Privativo, 2006**

Instituição	Existência de Espaço Privativo				Total	%
	Sim	%	Não	%		
A	5	50.0	0	0.0	5	50.0
B	1	10.0	0	0.0	1	10.0
C	0	0.0	4	40.0	4	40.0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>60.0</b>	<b>4</b>	<b>40.0</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.

P> 0,05 (Teste do Qui-Quadrado, p=0.27)



**Gráfico 5** - Existência de Espaço Privativo, 2006

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.

Como se pode observar, 60% (sessenta por cento) dos sujeitos da pesquisa, pertencentes às instituições A e B, referem dispor de espaço privativo para atendimento da demanda institucional, enquanto que 40% (quarenta por cento) pertencentes à instituição C, referem não dispor desse espaço, atendem os usuários em lugar não apropriados para atendimento na instituição.

Vale ressaltar que das profissionais que dispõem do espaço privativo, 1 (uma) correspondente a 10% não considera o espaço tão adequado, pois não assegura a privacidade do atendimento com o usuário, enquanto que das que referiram não dispor de espaço privativo, 2 (duas) correspondente a 20% (vinte por cento) até dispõe de um espaço para atendimento de suas demanda, mas pertence à equipe multiprofissional.

Logo, entende-se que a questão da existência de um espaço privativo para atendimento das demandas do Serviço Social na organização precisa ser revista, pois a privacidade no atendimento constitui um direito do assistente social no espaço institucional, e uma necessidade referida destes profissionais que compreendem a importância do sigilo profissional como um procedimento ético a ser adotado nos atendimentos.

Outra questão que chamou atenção nos resultados encontrados referente à verificação da existência do espaço privativo, está relacionada ao *status*

quo da profissão na organização, quanto maior a visibilidade da profissão na intervenção das questões institucionais face à descentralização de poder, e ao processo de organização da categoria, melhores condições de trabalho serão oferecidas aos assistentes sociais, e isso está bastante presente na instituição em que atuam os profissionais entrevistados: E1, E2, E3, E5 e E6.

Os recursos institucionais disponibilizados como transporte, telefone, espaço privativo para atendimento dos usuários que demandam a atenção dos assistentes sociais, recursos de informática etc. quando garantidos, favorecem o bom desempenho profissional e isso se reflete de forma positiva na visão que o profissional tem da instituição em termos de compromisso com o seu trabalho e com a população que é atendida por ele. Para constatar essa percepção perguntou-se aos assistentes sociais:

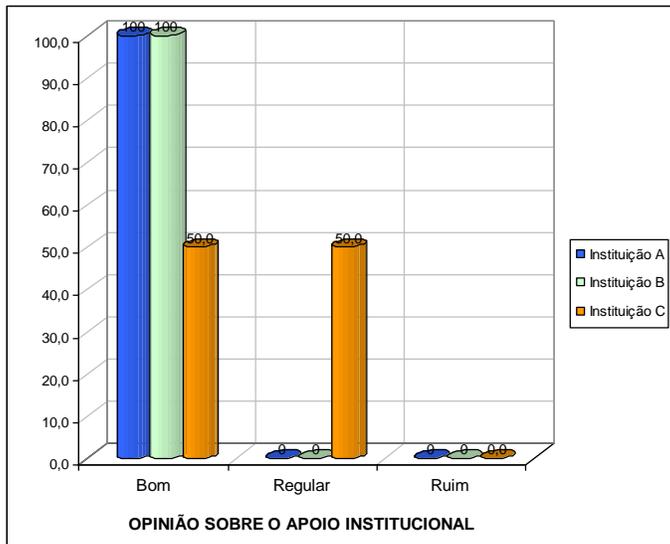
### 3) Como você define o apoio institucional?

Como resposta, obteve-se os seguintes resultados:

**Tabela 6 - Avaliação Institucional, 2006**

<b>Instituição</b>	<b>Bom</b>	<b>%</b>	<b>Regular</b>	<b>%</b>	<b>Ruim</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
A	5	100	0	0.0	0	0.0	5	50.0
B	1	100	0	0.0	0	0.0	1	10.0
C	2	50.0	2	50.0	0	0.0	4	40.0
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>80.0</b>	<b>2</b>	<b>20.0</b>	<b>0</b>	<b>0.0</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.  
 $P > 0,05$  (Teste do Qui-Quadrado,  $p=0.27$ )



**Gráfico 06:** Avaliação Institucional, 2006.

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.

Na análise dos dados é possível observar que a maioria dos assistentes sociais, que corresponde a 80% (oitenta por cento) das entrevistadas, considera que a instituição oferece um bom apoio institucional, enquanto que 20% (vinte por cento) não têm a mesma opinião e consideram que a instituição oferece um apoio relativo, visão essa tal como verificado em Costa (2000) relacionada ao discurso da fragilidade e indefinição da prática profissional, como se pode observar na fala das entrevistadas E7 e E8.

Contudo, vale observar que existem outras questões de ordem mais ideológica, relações de poder entre categorias profissionais que permeiam o espaço organizacional dos hospitais, onde algumas profissões dispõem de mais privilégios institucionais que as outras que de certa forma contribuem para essa opinião. Portanto, não se trata de um simples achar ou não achar, mas da avaliação que o profissional faz diante de todo um contexto sócio-organizacional, estrutural e político vivenciado em sua prática profissional.

Assim, algumas constatações podem ser confirmadas nas falas abaixo:

E3:

Pelo fato do nosso serviço ser bom, ser acreditado a instituição percebeu que para dar resposta a isso ela nos propiciou uma liberdade no sentido de

utilizar os recursos que o hospital dispõe a serviço daquela pessoa que está buscando aquele atendimento, como por exemplo, se eu precisar de uma alimentação para um paciente que vai passar o dia todo no hospital, tenho a liberdade de ir até a nutrição e colocar a situação onde geralmente somos atendidas na solicitação, uma vez que não é rotina da instituição liberar refeição para uma pessoa que vem para consulta.

E1, E3:

(E1) Eu parto assim de uma visão mais geral, complementando o que a (E3) falou, esse apoio institucional é histórico, eu tenho oito anos na instituição, e percebo que o Serviço Social aqui dentro é bastante expressivo, refletiu externamente, quando contactamos com alguma outra instituição, temos uma boa receptividade, ele refletiu externamente do particular para o geral, a instituição tem um olhar diferenciado em relação à categoria como um todo, demonstra que o Serviço Social é importante no hospital, e hoje ainda mais.

Somos uma categoria valorizada na instituição, e com base nesse valor temos a liberdade para administrar os recursos institucionais de uma forma menos impedida, de forma mais acessível (E3) não nos fecham as portas, não nos privam de tomar determinadas decisões, (E1) nos temos uma relativa autonomia para administrar os recursos internos, fazer os contatos externos, muitas das vezes à gente já articulou tudo e só faz comunicar a instituição, temos o cuidado de não ir de encontro a norma.

E1, E3:

(E1) Só para reforçar, esse apoio está assim evidente pelo espaço que ocupamos aqui, (E3) você não vai dar serviços tão imprescindíveis para o hospital nas mãos de uma categoria que não tem nenhuma credibilidade. (E1) É uma situação delicada, a cobrança é muito grande, temos um papel muito importante em todos os setores, nós somos a porta de entrada do hospital, há uma cobrança muito grande, digamos assim, o ser humano por si só o erro é normal, mas se esse erro acontece com o Serviço Social, muitas vezes toma uma proporção maior do que deveria, pagamos um alto preço em sermos importante para a instituição, é bom ter essa autonomia, esse apoio, mas em contrapartida a cobrança pesa demais, na mesma proporção em que somos enaltecidas, somos também cobradas.

E5:

Se pensar no número de assistentes sociais que se tem nesse hospital, só ai já está vendo a importância, então eu acho que nesse ponto a instituição não deixa a desejar, ela permite que consiga se mover, claro dentro das normas e das regras. Ela dá o apoio necessário que enquadraria como bom, mas que sempre precisa estar melhorando.

E8:

Eu considero como regular porque vejo que, a partir do momento em que instituição não conhece o papel do assistente social, isso explica muita coisa, então quando atribuo o conceito regular é porque identifico essa questão bem presente na instituição, é uma coisa que eu sempre me questiono, enquanto o hospital não souber qual o papel do assistente social, seja em qualquer espaço institucional, fica muito difícil de tentar executar uma tarefa da melhor forma possível, é uma coisa que estamos

lutando para tentar reverter, a partir da nossa organização no hospital, que vai acontecer daqui para frente.

E7:

Eu ainda considero que o apoio institucional está muito vinculado ao que o Serviço Social pode dar de resposta para as questões institucionais, esse apoio ainda não é ótimo, continuamos trabalhando com um regular. Embora, venha se construindo em uma outra direção, continua se dando numa perspectiva imediatista, pois necessita obter resultados imediatos para essas questões, então dar e concede algumas coisas aos assistentes sociais para que possam ter resolutividade da situação, porque precisa eliminar o problema, então ainda se trabalha muito nesse nível.

Considero que as pessoas só vão saber quem é o Serviço Social, se nós começarmos a dizer quem ele é ao construirmos a nossa própria história na instituição, e dizermos quais as nossas atribuições, criarmos espaços de discussões, nos posicionarmos tecnicamente e fazer valer o nosso saber, aquilo que queremos, o que somos. Temos a capacidade de explicarmos aonde queremos chegar, e (des)construirmos os ranços de como se construiu as práticas aqui dentro, entendemos que já precisaríamos ter passado do nível da discussão, então ainda definiríamos o apoio institucional como regular, entretanto não negamos que esse canal de apoio, ele existe, mas ele precisa ser ampliado, e nós é que teremos que determinar essa ampliação.

#### 3.4.2.3 Espaço Profissional

Agora, passando para o III eixo, que também constitui o último eixo a ser discutido no terceiro capítulo, a discussão promovida por este debate se deu em torno do espaço profissional que os assistentes sociais ocupam nos hospitais. A análise centrou-se em três questões:

- A primeira referente à visão que se tem sobre a importância do papel do assistente social na instituição;
- A segunda referente à autonomia profissional do assistente social no hospital;
- A terceira que dispõe sobre a existência do desenvolvimento de um trabalho multiprofissional ou mesmo interdisciplinar no hospital.

Essa discussão foi levantada para promover uma maior aproximação com a realidade institucional vivida pelos respectivos profissionais, no intuito de

melhor compreender como é percebida essa relação que o profissional mantém com a instituição, estando na condição de assalariado, subordinado as determinações institucionais do hospital. Embora já se encontre muitos assistentes sociais na área hospitalar em funções de coordenação e gerência como há nos hospitais pesquisados.

Assim, na primeira questão foi perguntado aos assistentes sociais:

1) Como você define o papel do assistente social na instituição hospitalar?

Como resposta, obteve-se os seguintes resultados:

E2:

É um mediador dentro da instituição, eu vejo dessa forma.

E3:

A instituição vê o Serviço Social como o profissional mais preparado para está absorvendo aqueles vícios do sistema, os desvios do sistema, da própria situação de internamento, então eles percebem o profissional como o aparador das tensões, nas situações mais complexas chamam o Serviço Social.

E4:

Eu vejo assim como um papel fundamental dentro da instituição e dessa própria demanda da instituição, é um profissional articulador, penso que o assistente social seja o profissional mais articulador que existe na instituição, com esse papel que ele tem de articulador recursos, ele acaba exercendo um papel essencial nos serviços, entre os profissionais da instituição e entre esta e outras instituições, ele faz bem essa parte da articulação buscando, assim, benefícios seja para a instituição, seja para garantir um melhor atendimento ao usuário deste hospital.

E5:

Eu costumo sempre falar que ninguém resolve nada se não tiver o assistente social, penso que a direção de Serviço Social precisaria está fechando melhor esse papel, definindo melhor o nosso papel na instituição, porque tudo o que as pessoas não resolvem encaminham para o Serviço Social, penso que as pessoas precisariam está entendendo realmente qual é o nosso papel, porque às vezes o paciente perde tempo aguardando para falar com o assistente social, coisas que qualquer funcionário poderia estar direcionando, então considero que deveria estar se definindo melhor esse papel do profissional na instituição porque as pessoas não querem nem se

dar o trabalho de escutar o usuário, ele nem bem começa a falar é logo demandado para o Serviço Social, a coisa é séria mesma, não só a gerência de Serviço social como também a equipe precisaria está refletindo sobre isso.

E6:

Eu também penso assim, é como se o Serviço Social fosse à porta de entrada para qualquer tratamento, qualquer tipo de serviço que o usuário venha utilizar aqui, tudo passa pelo Serviço Social, paciente chega grave [...] ao invés de chamar o médico, chama o assistente social para entrar em contato com o médico, então tudo é o Serviço Social, penso que é uma das profissões que mais tem visibilidades aqui no hospital.

E7:

Esse profissional é um profissional que tem uma leitura ampliada de serviço, ele é fundamental para a instituição, para travar uma discussão no nível dos direitos, do processo organizativo, da solidariedade, da justiça, podemos dizer que o Serviço Social é incrível, ele acaba tendo uma leitura tão ampla, tão global das situações que aqui chegam, e que perpassam pelo usuário, seja da situação da pobreza, da negação de direitos, da negação de si mesmo, em fim nós somos fundamentais para discutirmos essa história, para discutirmos esse perfil do usuário que é atendido nessa instituição, para travarmos um contraponto com outros saberes, e dizermos o seguinte que existe uma apropriação que o Serviço Social tem de certas leituras do homem, de certas leituras de mundo que precisam estar na pauta de discussões. Como se vai discutir uma gerência mais participativa, como se vai discutir todo o processo de humanização dentro do hospital, eu considero que o Serviço Social tem competência e condições para trabalhar essas situações, e estar contribuindo com respostas mesmo, com soluções, com viabilidade de processos.

Essa questão passa também pela aquela história do canal de comunicação, com o apoio institucional em que você diz o que quer e como quer. Apesar de trabalhar num corre-corre frenético dentro dessa instituição, penso que é legal, também, percebermos o nosso papel, que não se restringe ao trabalho de articulação de serviço para garantir atendimento do usuário, passa por uma leitura mais sistêmica da situação, buscando conteúdos para essa prática, refletindo, discutindo, agregando saber, isso qualifica o perfil desse profissional, mas não perdemos perder de vista que precisamos estar se capacitando, verificando como é que as discussões estão ocorrendo, como é que a profissão está discutindo tal temática, o que é que ela está trazendo de contribuição, o que eu agrego disso à minha prática, penso que tem essa facilidade para estar cuidando, está em movimento, e tem essa condição realmente de estar em movimento.

E9:

Eu penso que dentro da instituição hospitalar o assistente social é um articulador de recursos, articula recursos de toda natureza, do econômico principalmente, e de serviços, então eu penso que é um articulador de serviços e de recursos.

Nas falas destacadas, observa-se que alguns profissionais concebem o papel do assistente social do ponto de vista muito mais dos objetivos institucionais. Para Ursula Karsche (1998), é nas instituições que se dá o reconhecimento do papel e habilidades do assistente social. Assim, o fato de estar habilitado ao exercício dos relacionamentos, o coloca na condição de ser o mais instruído a aplicar as normas institucionais.

Muitas funções desempenhadas pelos profissionais correspondem aos interesses dominantes expressos nos objetivos da organização. Nesse sentido, se por um lado há o reconhecimento da importância singular do assistente social na condição de ser um profissional capacitado para atuar com as questões institucionais, com as articulações, diálogo aberto com a população, garantia da acessibilidade e outros; por outro lado percebe-se a necessidade de definir melhor essa atribuição do Serviço Social na instituição hospitalar.

Isso se coloca como uma questão de grande relevância aos assistentes sociais, pois para muitos as ações promovidas pela categoria tem se dado muito mais no campo imediato o que, de certa forma, compromete ação profissional face ao projeto ético-político dos assistentes sociais, pois não permite que se saia do imediatismo, e se tenham propostas mais consistentes planejada, projetada e executada pelo conjunto dos assistentes sociais nessas organizações, onde a medicina reina de forma mais absoluta.

Essa questão pode ser constatada na próxima questão perguntada aos assistentes sociais, quer seja:

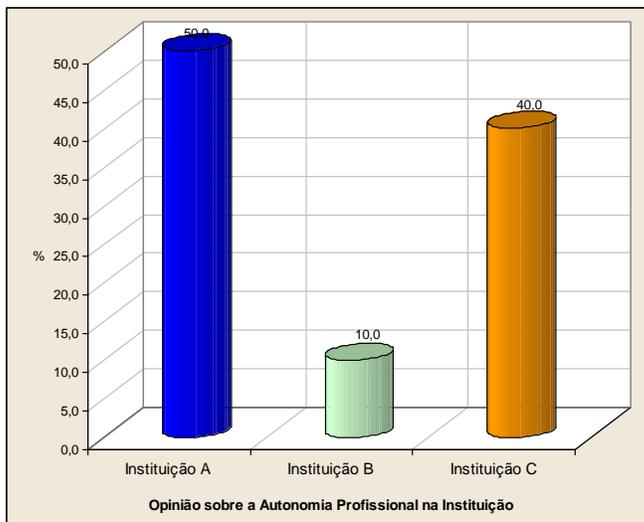
2) Como você define a autonomia profissional do assistente social no hospital?

A resposta obtida foi que para 100% (cem por cento) dos sujeitos da pesquisa, os assistentes sociais nos hospitais possuem uma autonomia relativa, conforme se pode observar no gráfico abaixo. Nessa questão, colocamos três alternativas prováveis de resposta, quer sejam: autonomia plena, autonomia relativa e nenhuma autonomia.

**Tabela 7 - Autonomia Institucional, 2006**

Instituição	Relativa	%
A	5	50.0
B	1	10.0
C	4	40.0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.  
 $P > 0,05$  (Teste do Qui-Quadrado,  $p=0.27$ )

**Gráfico 7 - Autonomia Institucional, 2006.**

**Fonte:** Pesquisa de Campo – HOL, HUBFS e FSCMPA, 2006.

Para muitos teóricos do Serviço Social, o assistente social possui uma autonomia relativa nas instituições, até porque reconhecem a condição social da profissão de trabalhador assalariado, que necessita do apoio e recursos institucionais para a realização de seu trabalho. Contudo, é importante pensar que numa organização social como os hospitais, não existem só o assistente social, mesmo o médico, o enfermeiro, o psicólogo e outros profissionais necessitam desse apoio e recursos institucionais para realizarem a intervenção profissional. A posição hierárquica possibilitada aos assistentes sociais nas instituições, particularmente nos hospitais, é segundo Faleiros (2001), uma posição de “trabalhador de linha e não de *staff*”.

Contudo, foi verificado nos hospitais pesquisados que a categoria vem sinalizando a necessidade de se organizar melhor, e isso tem se refletido positivamente na visibilidade da importância estratégica do Serviço Social na instituição, sendo muito bom para os usuários, até porque o assistente social constitui o profissional que se encontra mais próximo da população usuária desses serviços, reconhecendo os problemas advindos da fragilidade do sistema de saúde em nosso país.

Por outro lado, não se pode ignorar que as estruturas administrativas modernas são pautadas em um sistema burocrático permeado por relações de poder, cuja autonomia técnico-operativa será constantemente relativa em detrimento a quem detém o poder de mando, ou seja, quem delega funções aos que estão subordinados aos interesses institucionais. Por sua vez, à medida que o profissional se torna essencial para a instituição pelo critério, inclusive, de competência profissional, seu poder de autonomia se torna mais independente dessa relação de subordinação.

Mas, não se pode esquecer que mesmo tendo uma autonomia relativa, todo profissional que atua em uma organização, a exemplo dos hospitais, detém uma forma particular de poder, pois de acordo com Ursula Karsch (1998, p.163):

[...] uma característica da burocracia consiste, exatamente, na legitimação do poder e da autoridade do burocrata. Logo que qualquer funcionário passa pelos portões das instituições, reveste-se de um *status* conferido somente pelo fato de pertencer à instituição. Essa investidura legal, representada pelo contrato de trabalho, abre um espaço de ação que precisa ser dimensionado, uma vez que seus contornos não são dados *a priori*, nem mencionado pelos pares. Cabe a cada um preencher esse espaço e fazer valer o seu cargo.

Essas afirmações são identificadas nas transcrições a seguir, e de acordo com o que referem os sujeitos da pesquisa, quanto mais focalizada a ação do assistente social na instituição como, por exemplo, inseridos em programas institucionais, maior será o seu poder de intervenção.

E1:

Apoio nós até temos na instituição, liberdade com os recursos, acesso com os diversos profissionais, a cobrança é muito grande mais tem essa autonomia.

E4:

Eu optei pela relativa por observar que o Serviço Social tem uma autonomia maior quando ele está dentro de um programa, eu vejo assim, não coloco como plena porque quando você está dentro de uma instituição você tem que ver aquilo que é de direito, e também aquilo que é dever seu dentro de uma instituição, então, esta questão de direito e dever dentro de uma instituição leva o Serviço Social a não ser completamente autônomo, eu vejo assim, com uma autonomia relativa, você tem limite na sua autonomia, você faz parte da instituição, você faz parte de uma hierarquia, e essa questão de direitos e deveres a cumprir, e aí eu vejo mais assim, o Serviço Social mais autônomo quando está dentro de um programa.

E5:

É relativa, penso que plena ela não chega a ser porque às vezes nos sentimos limitadas em algumas questões, então penso que seja relativa, não chega assim a ser uma autonomia plena. Você tem autonomia no momento em que estar com o usuário, que você está podendo orientar, você está podendo capacitar, transformar aquela realidade dele, direcionar, mas você inserido num contexto institucional, você não tem uma autonomia plena porque depende de uma ordem hierárquica, então algumas vezes você precisa entender isso para estar inserido neste contexto, mas penso que no momento ali com o usuário você tem autonomia na sua prática, você consegue mudar aquela realidade, ou pelo menos direcionar.

E6:

Isso difere muito de clínica para clínica, na clínica onde eu trabalho, tenho muita autonomia tem uma fila, uma programação que não é muito grande, mas eu vejo os casos socialmente mais graves, eu dou prioridade [...], sustamos altas quando há necessidade, se o paciente recebe alta médica e não tem onde ficar, só pode ir embora no dia seguinte, temos a autonomia de dizer que por questões sociais, por falta de verbas, por falta de alguma coisa o paciente necessita ficar por mais um dia internado, então tem essa autonomia para sustar uma alta médica, para internar quem está mais necessitado, se tem dois paciente com o mesmo estado clínico, um é do interior e outro é daqui de Belém, temos essa autonomia de priorizar aquele que é do interior, que socialmente está mais abalado.

E7:

Eu coloquei relativa porque entendo que ainda precisamos garantir, em muitos outros espaços, em muitas outras situações, a nossa autonomia profissional. Relativa porque, nós estamos num espaço onde historicamente o que se construiu aqui, é que nenhuma profissão de fato pode-se dizer que tenha autonomia plena, talvez à medicina.

Penso que essa autonomia se faz no percurso de nossa prática, do nosso exercício profissional, como o profissional se impõe, mas percebo que muitas vezes, quando cessa até aonde você conseguiu ir de encaminhamento, de resolutividade para aquela situação, você esbarra numa situação da instituição, então acaba que em algum momento essa autonomia, se torna relativa, se relativiza, você acaba não tendo gerência, você passa adiante porque não tem essa gerência, você está dependendo

de terceiros para isso, então eu percebo que precisamos discutir melhor isso, amarrar melhor, que diante de tais situações que se mostram não são situações que acontecem de vez em quando aqui e ali, mas que acabam sendo situações já padrão, que o profissional sempre vai atender como demanda, então isso é muito complicado, nos precisamos estar discutindo num outro espaço da instituição.

Agora talvez se tenha respondido com base em uma visão apenas, isso não quer dizer que o Serviço Social não tenha autonomia, pelo contrário, eu mesma posso referir várias situações que puxei mesmo para minha intervenção, que entendia que era responsabilidade minha, porque considerava que esta era uma questão social, e não clínica, psicológica, médica, e aí nesse momento realizamos a intervenção registrando na ocorrência os encaminhamentos, a situação, enfim garantimos que a questão fosse trabalhada, sim pelo Serviço Social.

E8:

Quando ela coloca que a nossa situação depende muitas vezes de outros profissionais, e aí eu enfoco nessa questão, ela se torna relativa justamente por conta disso, é diferente quando você tem liberdade para agir do início ao fim, e que depende só da tua intervenção e sabemos que é muito mais fácil, mas quando as coisas emperram e que depende de outros profissionais, de outros fatores externos, aí eu penso ser muito complicado essa situação, mas concordo plenamente com a colega.

E9:

Eu penso que a questão da autonomia, realmente nós somos limitados pelos interesses institucionais, não podemos nos desvincular dessa questão institucional, que ela tem uma questão funcional, ela se cerca dos interesses do funcionamento da instituição [...].

E por fim, para concluir a discussão sobre o espaço profissional, que complementa o debate sobre a prática profissional no campo hospitalar, foi realizado um último questionamento aos assistentes sociais, sujeito da pesquisa, quer seja:

3) No hospital você desenvolve um trabalho em equipe multiprofissional?

Obteve-se as seguintes respostas:

E3:

Na prática falando o prontuário do paciente no hospital é manuseado com liberdade por toda a equipe pelo médico, assistente social, enfermagem e etc..

E4:

Eu desenvolvo um trabalho dentro de uma equipe multiprofissional num programa se não trabalharmos conjuntamente o usuário acaba não usufruindo dos benefícios institucionais e nem a instituição obtendo aquilo a que se propõe [...]. Aqui no programa vem se exercitando além do atendimento multiprofissional, estamos experimentando um atendimento interdisciplinar porque têm pacientes, tem usuários que você tem que chegar a um diagnóstico que não pode ser um diagnóstico isolado do conjunto das categorias profissionais que integram a equipe, você tem muitas vezes que emitir pareceres que tem que ter a visão do todo para chegar a um diagnóstico compartilhado.

E5:

Com certeza, aqui não dá para trabalhar isolado, tem que ser em comum acordo porque um profissional precisa do outro, então, com certeza, este trabalho aqui é multiprofissional, tem que ser para poder andar.

E6:

Nas clínicas existem as salas da equipe multiprofissional que antigamente se chamava sala dos médicos, isso já foi modificado agora é sala de equipe multiprofissional e todos os dias nós nos reunimos, não fazemos reuniões formais, conversamos informalmente médico, psicólogos, nutricionistas, todos os dias todos os profissionais estão lá em cima, existe sim este trabalho multiprofissional.

E7:

Que bom que nós podemos, como muitos profissionais, ter sim a possibilidade de trabalhar numa perspectiva multi, de trabalhar juntos, de avaliarmos a situação a partir dos nossos saberes e colocarmos isso a disposição do usuário, eu penso que nos temos sim, uma prática que vem sendo construída nessa direção, agora esse multi, não congrega todos os saberes, porque infelizmente em alguns momentos percebemos que há profissionais e profissionais, mas eu volto a reafirmar, como uma instituição que sempre se deteve na área médica, no olhar da medicina, e se reafirmou ao longo de centenas de anos, cabe a nós, não só ao Serviço Social, mas nós profissionais que entendemos que é importante trabalhar de maneira multiprofissional, desmistificar esse patrimônio da medicina, de que ela é a palavra final, não dá mais para pensar um espaço onde se congrega vários profissionais e não há uma interação, você ainda percebe que essa questão é muito evidente, os saberes eles precisam dialogar, precisam chegar a um denominador comum diante de uma situação, de um impasse principalmente, então percebemos que não dá para se ter um agir profissional isolado, muitos profissionais de outras áreas têm que se submeter a um poder maior.

É um sim ou um não da ciência que os colegas são orientados da área da medicina, então, eu penso que é complicado isso, mas por outro lado eu já percebo avanços, se ainda temos essa limitação, eu percebo que já há algum avanço, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos são chamados a atuarem em conjunto por entenderem que precisam discutir de uma maneira própria, mas fazendo interface com todos os profissionais diante do caso, então existe sim esse avanço dentro dessa instituição, penso que o Serviço Social deva contribuir com essa ação, e é necessário fortalecer essa prática, e que se discuta sim, como foi

construída essa relação, dos profissionais, mas que também possa apontar para outros horizontes, precisamos exercitar essa prática, exercitar na assepsia da palavra mesmo, realizar, fazer, está ali no nosso dia-a-dia, ter a capacidade de ouvir, e de se relacionar, quem ganha com isso?.

E8:

Só complementando o que a (E7) colocou, penso que é uma coisa que tem que se construir ao longo do processo, se a assistente social reúne, se a psicóloga reúne, então temos que puxar esse profissional que se exclui da equipe, porque uma coisa é dizer que não existe, a outra coisa é dizer que existe porque existe um trabalho da equipe, acontece que o médico é que não se envolve.

E9:

Se discute muito essa questão, nós temos uma equipe [...] temos fisioterapeuta, terapia ocupacional, psicólogo, enfermeiro, médico, Serviço Social, então dispomos de todas as categorias ali dentro, o que se percebe é que a discussão dos casos acontecem isoladamente, não temos uma prática de sentar e discutir-los, de uma vez por mês reunir, independente de ter ou não algum caso, deveríamos sentar para reunir e discutir a situação, não existe isso. Não temos uma prática de discussão, isso não existe [...].

Observa-se que a questão do desenvolvimento de uma ação multidisciplinar se coloca como uma necessidade para prática profissional dos assistentes sociais nos hospitais pesquisados, e somente em um desses hospitais esse tipo de ação é mais valorizado por todos da equipe, conforme se pode verificar na fala da entrevistada E4. O trabalho é realizado pela equipe de saúde, assim como pelas assistentes sociais numa perspectiva disciplinar, centrada em sua área de intervenção, em algumas situações se tem uma interação profissional.

Em síntese, o que ocorre é uma sintonia entre as profissões pactuada simbolicamente nos prontuários pela força vinculante dos registros, dos espaços ocupados, das limitações e possibilidades de ação. Reconhecem a necessidade de avançar no processo de discussão do desenvolvimento de um trabalho que seja de fato multidisciplinar e que caminhe para uma ação inclusive interdisciplinar.

Na concepção foucaultiana, existe nos hospitais uma microfísica do poder que agrega várias forças sociais que distancia os saberes. Sendo a estrutura burocrática favorável a esse sistema de relação, se torna mais difícil o desenvolvimento de um trabalho que seja de fato multidisciplinar no que almejam as

entrevistadas, até porque como esclarece Motta (1981), a burocracia é incompatível com o homem integral.

Do ponto de vista conceitual do que vem a ser um trabalho multiprofissional, Sampaio *et al* (1995) referem que a atividade pluri ou multidisciplinar pressupõe a justaposição de conteúdos disciplinares heterogêneos com vista a alcançar a integração de métodos de intervenção, teorias e conhecimentos. Não preconiza a existência de uma relação de reciprocidade como na interdisciplinaridade, mas constitui uma etapa para que se alcance o desenvolvimento um trabalho verdadeiramente interdisciplinar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado possibilitou apreender um pouco da lógica de funcionamento dos hospitais, a atuação dos assistentes sociais nessas instituições e as relações de poder. No desenvolvimento da pesquisa minha atenção esteve voltada especificamente a três elementos significativos dessa leitura, ou seja, a atuação profissional dos assistentes sociais, o Hospital e as outras categorias profissionais em face ao fazer profissional do Serviço Social na organização e as estruturas de poder.

A relação de poder nos espaços institucionais é histórica e muito forte, sobretudo na região amazônica, particularmente nos grandes hospitais regionais do Pará, em consequência do processo de colonização na Região Norte, da política impositiva do período áureo da exploração da borracha na Amazônia, das modernas estruturas da cidade construídas a partir da “Belle Époque”, em fim, de todo um contexto favorável ao estabelecimento de relações estruturante e estruturadas, e do poder simbólico da estrutura arquitetônica de Belém do Pará.

Na perspectiva do fazer profissional, verificou-se tal como em Costa (2000), que o trabalho dos assistentes sociais nos Hospitais Escolas, embora se desenvolva em uma lógica de mediação das questões institucionais, de orientação, acolhimento, articulação de recursos institucionais por onde se processam os encaminhamentos e triagem, é possível afirmar que essas ações se concentram muito mais no campo emergencial, até porque essa é a expectativa da instituição sobre o trabalho do assistente social no hospital, assim como dos demais profissionais que integram o quadro institucional como médicos (as), enfermeiros (as), terapeutas e outros. Isso acontece, pelo fato da instituição ainda não ter claro as prerrogativas estabelecidas pela Lei de Regulamentação da Profissão (Nº. 8.662/93) e Código de Ética Profissional/93.

Na perspectiva institucional e estruturas de poder, considera-se da mesma forma que Motta (1981), que os hospitais pesquisados constituem modernas

organizações que exercem a dominação legal sobre o seu corpo de funcionários, dentre os quais, os assistentes sociais, pelo controle estabelecido pelo sistema burocrático. Esse sistema se nutre pela disciplina, dominação e controle favorecido pelas normas e leis burocráticas.

Para Motta (1981), “quando falamos em burocracia, falamos de vários fenômenos associado”, em diversas formas de concebê-la. Nesse aspecto, o termo aqui empregado, refere-se a um tipo de organização, onde a divisão do trabalho é metódica e disciplinadamente conduzida para um determinado fim. Nesse contexto é interessante observar que nem todas as assistentes sociais entrevistadas têm um modo burocrático de pensar o espaço institucional dos hospitais, pois embora submetidas às determinações das normas institucionais, suas intervenções nem sempre se pautam em regras rígidas da instituição, bem como sua postura profissional para com os usuários, já que é o profissional de maior acesso na organização, conforme se observou nas entrevistas concedidas.

Há certa flexibilidade na intervenção quanto às regras burocráticas da organização, isso é muito comum nas altas médicas, nas internações, na viabilização de consultas, refeições aos usuários, horários de visitas e etc. Porém, é importante ressaltar que essa flexibilidade só é possível em situações extremas na qual o profissional pode se respaldar, ou seja, trata-se na maioria das vezes de situações de intercorrências.

Nesse caso, a intervenção realizada pelo profissional não se pautou na razão instrumental instituída pela organização para alcançar um determinado fim, dentro dos critérios puramente objetivos e econômicos, no caso da eficiência e eficácia na aplicação dos recursos institucionais, até porque, o marco-teórico predominante na visão desses profissionais é a visão plural, baseado em diversas concepções de ordem filosóficas e sociológicas que sustentam uma visão de totalidade do sistema burocrático e de flexibilidade nas relações sociais e institucionais de poder.

Vale ressaltar que a burocracia surge com o capitalismo avançado e com o surgimento do Estado Moderno. Assim, tal como em Weber, nas instituições pesquisadas, constatamos que o poder se manifesta de forma impositiva, pautado

em relações desiguais, hierárquicas, subordinadas aos segmentos sociais que detém o poder de gestão das ações nas Clínicas, Programas e Projetos existentes na estrutura hospitalar, que na sua maioria estão sobre direção médica ou de enfermagem.

Dessa forma, se concebe que:

Nas organizações, os indivíduos procuram uma identidade social, [...]. A organização burocrática oferece modelos que possibilitam imaginar que se obteve essa identidade. As pessoas se identificam com funções, com departamentos e, em última instância, com a organização. As pessoas se identificam com o seu lugar dentro de um quadrinho do organograma (gráfico que representa a organização). (MOTTA, 1981, p.45).

Para o mesmo autor, a organização é uma estrutura de poder, que torna a submissão uma atitude, um comportamento obedecido por todos que integram esse espaço. Porém, mesmo diante da submissão as regras institucionais instituídas e reafirmadas por todos os atores da organização, como já afirmado, as assistentes sociais conseguem desenvolver ações mais flexíveis pela própria visão política que tem dos espaços de contradição, a exemplo dos hospitais.

No aspecto da existência do desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, há um forte desejo dos assistentes sociais em desenvolver um trabalho mais integrado, contudo, conforme ressalta Motta, não se pode esquecer que a burocracia é incompatível com a visão de um ser integral, até porque sua essência (o poder) reside justamente no segredo, que implica conhecimento não socializado, não partilhado e etc.

Enfim, considera-se que os assistentes sociais nas instituições hospitalares são dotadas de uma autonomia relativa, pois dependem dos recursos institucionais para promoverem suas ações assim como as demais categorias profissionais, além do que por não ser uma atividade fim, e sim meio, conforme refere Faleiros (2001), seu espaço de intervenção, nessas organizações, são bastante limitadas pelo poder institucional e saber profissional, o que não significa que seja uma categoria profissional desnecessária aos hospitais, até porque “uma profissão não se constitui para gerar uma demanda, mais o inverso”.

Dessa forma, o valor do trabalho dos assistentes sociais nos Hospitais Escolas é determinado, principalmente, pelos usuários dos serviços especializados do SUS, que vê nesse profissional a porta de acesso à complexidade do sistema, que em si é excludente sendo, portanto, limitado.

## **PROPOSIÇÕES**

Pelo caráter revelador da pesquisa, algumas questões identificadas necessitam serem colocadas como proposição para o conjunto da categoria dos assistentes sociais, principalmente para os que atuam na área da saúde, no campo hospitalar, por entender que a pesquisa é processo sistemático que necessita de novos caminhos que contribuam na (re)elaboração da realidade social a qual estamos inseridas, e da qual fazemos parte. Dessa forma, coloca-se como proposição as seguintes questões:

- Na área da saúde no Pará, por ser a segunda maior área que emprega assistentes sociais na região, se faz necessário que o Mestrado de Serviço Social da Universidade Federal garanta e amplie o número de vagas para os profissionais que atuam nessa área, a fim de que possam ter a oportunidade de ampliar seus conhecimentos no campo das Políticas Públicas e escrever sobre suas experiências de trabalhos e outras realidades identificadas como problema de pesquisa;
- Por ter constatado na pesquisa que 70% dos sujeitos da pesquisa que atuam nos hospitais possuem curso de Pós-Graduação em nível de Especialização, seria interessante que esses profissionais pudessem publicar artigos dos estudos realizados, bem como apresentá-los em congressos, seminários, oficinas de capacitação e etc.;
- Que os assistentes sociais dos hospitais pesquisados possam formar grupos de estudo e pesquisa, cadastrados, inclusive, na

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, assim como vincular-se as linhas de pesquisas científicas das universidades em estudos de interesse da área da saúde;

- Possibilidade de publicar a referida pesquisa em forma de livro para que a mesma possa subsidiar estudos e pesquisas na área de atuação dos assistentes sociais na saúde, assim como colaborar no processo de formação de estudantes de Serviço Social que estagiam nesse campo de atuação profissional.

## REFERÊNCIAS

AQUINO, Rubim Santos Leão de et al. **História das sociedades**: das sociedades modernas às sociedades atuais. 26. ed. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1995.

ALBIM, Josiany da Costa Garcia et al. **A interdisciplinaridade na saúde mental, na visão dos profissionais de serviço social que atuam nos novos serviços em Belém**. 2002. Monografia – Curso de Pós-Graduação da Universidade do Estado do Pará, Belém, 2002.

\_\_\_\_\_. **Casa mental da Criança e do Adolescente**: A visão do familiar sobre este novo projeto assistencial em Belém. Belém: SESMA-FIOCRUZ, 2000. (Monografia)

ALBUQUERQUE, J.A. Guilhon. **Instituição e poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ARÊDA OSHAI, Cristina Maria. A institucionalização do Serviço Social como profissão no Estado do Pará. In: SEMINÁRIO AVANÇADO DE SERVIÇO SOCIAL, 6., 2000, Belém. **Anais...** Belém: ADUFPA, 2000.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. tradução de Heloísa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BERGER, Peter L.; LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1995.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **História da saúde pública no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Ática, 1999.

BORDALO, Alípio Augusto Barbosa (Coord.). **A misericórdia sociedade médico-cirúrgica e a medicina no Pará**. Belém: Sagrada Família, 2002.

\_\_\_\_\_. **A misericórdia paraense**: ontem e hoje. Belém: Sagrada Família, 2000.

- BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- BOUSQUAT, Aylene ; COHN, Amélia. **A dimensão espacial nos estudos sobre saúde**: uma trajetória histórica. Disponível em: <<http://www.bibvirt.futuro.usp.br/>>. Acesso em: 21 maio 2006.
- CASTRO, Manuel Manrique. **História do Serviço Social na América Latina**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE . **A nova política de para os hospitais de ensino no SUS**: a construção de um processo. Sexta-feira, 27/08/2004. Disponível em: <<http://conasems.org.br>>. Acesso em: 24 nov. 2005.
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, Ano XXI, mar. 2000.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **O estudo social em perícias, laudos e pareceres técnicos**: contribuição ao debate no judiciário, penitenciário e na previdência social. São Paulo: Cortez, 2003.
- CRESPO, Antonio Arnot. **Estatística fácil**. 14. ed. São Paulo: 1996.
- FACCHINI, Luiz Augusto et al. **Aspectos históricos e conceituais em educação médica**. Disponível em: <<http://www.unb.br>>. Acesso em: 21 maio 2006.
- FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2001.
- FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do poder**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- \_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- \_\_\_\_\_. **As palavras e as coisas**. 8. ed. São Paulo: Martins e Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **História da loucura**. 2. ed. São Paulo: Perspectiva, 1989.  
 GIDDENS, Anthony. Organizações modernas. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. **Política, atores e interesses no processo de mudança institucional**: a criação do Ministério da Saúde em 1953. Rio de Janeiro, set./dez. 2003. Acesso em: 2 ago. 2006.

HISTÓRIA DA MEDICINA. Disponível em: <<http://www.suapesquisa.com/ecologiasaude>>. Acesso em: 21 maio 2006.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

JOHNSON, Allan G. **Dicionário de sociologia**: guia prático da linguagem sociológica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

KARSCH, Ursula M. Simon. **O Serviço Social na era dos Serviços**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1998.

BRASIL. Lei orgânica da assistência social nº. 8.742/93 - LOAS. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 7ª REGIÃO. **Assistentes sociais**: ética e direitos – coletânea de leis e resoluções. 4. ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, set. 2005.

BRASIL. Lei de regulamentação da profissão nº. 8.662/93. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 7ª REGIÃO. **Assistentes sociais**: ética e direitos – coletânea de leis e resoluções. 4. ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, set. 2005.

CÓDIGO de ética profissional de 13 de março de 1993. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL 7ª REGIÃO. **Assistentes sociais**: ética e direitos – coletânea de leis e resoluções. 4. ed. Rio de Janeiro: CRESS 7ª Região, set. 2005.

MACHADO, Maria de Nazaré dos Santos. Paulo Eleutério Álvares da Silva: Fundador da Escola de Serviço Social no Pará. In: SEMINÁRIO AVANÇADO E SERVIÇO SOCIAL, 6., 2000, Belém. **Anais...** Belém: ADUFPA, 2000.

MACIEL, Carlos Alberto Batista. A dança do poder nas instituições sociais. **Revista do Centro Sócio-Econômico**. Belém, v. 5, 2000.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço social: identidade e alienação**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MEDICINA. Disponível em:< <http://www.marvinhomepage.hpg.ig.com.br.>>. Acesso em: 21 maio 2006.

MEIRA, Clovis Olinto de Bastos. **Medicina de outrora no Pará**. Belém: Grafisa, 1986.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo: HUCITEC, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MOTTA, Fernando C. Preste. **Burocracia e Autogestão: a proposta de Proudhon**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

\_\_\_\_\_. **O que é burocracia**. 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1985.

MONTEIRO, Flávia Cristina Lima et al. **Perfil Institucional: Hospital Bettina Ferro de Souza**. Belém: UFPA/ Curso de Serviço Social, 2005.

MORAES, Rosana Ribeiro. Dados históricos: Serviço Social no Pará – de Escola a Curso da Universidade Federal do Pará. In: SEMINÁRIO AVANÇADO E SERVIÇO SOCIAL, 6., 2000, Belém. **Anais...** Belém: ADUFPA, 2000.

PENTEADO, Eliane Villas Bôas de Freitas. **Tuberculose no ambiente hospitalar: uma questão da saúde do trabalhador**. Disponível em: <<http://www.portalteses.cict.br.>>. Acesso em: 21 maio 2006.

BRASIL. Portaria interministerial MEC/MS Nº. 562, de 12 de maio de 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria interministerial MEC/MS Nº. 1000, de 15 de abril de 2004.

\_\_\_\_\_. Portaria interministerial MEC/MS Nº. 1005, 1006 e 1007, de 27 de maio de 2004.

QUINTANEIRO, Tânia et al. **Um toque de clássicos: Marx, Durkheim e Weber**. 2. ed. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2002.

BRASIL. Resolução Nº. 218 do Conselho Nacional de Saúde, 6 de março de 1997.

BRASIL. Resolução Nº. 383 do Conselho Federal de Serviço Social, 29 de março de 1999.

REVEL, Judith. **Foucault: Conceitos Essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

REVISTA PARAENSE DE SAÚDE MÉDICA. Belém: Ano 1, n.2, jun./jul. 2004.

RIBEIRO, Edna Marta da Silva. **História do Serviço Social no Hospital Ofir Loyola**. Belém: UFPA, 2004. (Dissertação)

RICHMOND, Mary E. **Diagnóstico Individual**. Lisboa: Instituto Superior de Higiene Dr. Ricardo Jorge, 1950.

RODRIGUES, José Carlos. **Antropologia do poder**. Rio de Janeiro: Terra Nova, 1992.

ROSA, Lúcia Cristina dos S. et al. O Serviço Social e a Resolução 196/96 sobre ética em pesquisa envolvendo seres humanos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, Ano XXVII, mar. 2006.

SAMPAIO, Claudia Cullen et al. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In:\_\_\_\_\_. **Serviço Social e**

**Interdisciplinaridade:** dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

SOUZA, Jessé. **A construção social da subcidadania.** Belo Horizonte: UFMG, 2003.

\_\_\_\_\_. Modernização periférica e naturalização da desigualdade. In: SCALON, Celi (Org.). **Imagens da desigualdade.** Belo Horizonte: UFMG, 2004.

SOUZA, Virginia Helena Soares de; Mozachi, Nelson. **O hospital:** manual do ambiente hospitalar. 2.ed. Curitiba: Ao Autores, 2005.

SPONVILLE, André Comte. **Dicionário filosófico.** São Paulo: Martins Fontes, 2003.

TOBAR, Frederico; YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em Saúde Pública:** conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

WEBER, Max. **Ciência e política:** duas vocações. São Paulo: Martin Claret, 2005.

\_\_\_\_\_. **A Ética protestante e o espírito do capitalismo.** São Paulo: Martin Claret, 2003.

\_\_\_\_\_. **Conceitos básicos de sociologia.** São Paulo: Centauro, 2002.

\_\_\_\_\_. **Ensaio de sociologia.** Rio de Janeiro: LTC, 1982.

WITIUK, Ilda Lopes. **Serviço Social e saúde:** processo de trabalho do assistente social. Disponível em: <<http://www.cpihts.com>>. Acesso em: 22 ago. 2005.

YOLANDA, Guerra. A instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo, Ano XXI, mar. 2000.

## APÊNDICES



## APÊNDICE: A

### UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ CENTRO SÓCIO – ECONÔMICO MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Josiany da Costa Garcia Albim / Pr<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Cristina Gonçalves Cardoso (**Orient.**)  
**PROJETO DE PESQUISA: Serviço Social e Saúde** - O trabalho dos assistentes sociais nos hospitais escolas em Belém /Pa.

#### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**IDENTIFICAÇÃO:** Data da Entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Ano que se formou: \_\_\_\_\_ instituição: \_\_\_\_\_ Campo de Estágio \_\_\_\_\_

Hospital que trabalha: \_\_\_\_\_ Turno: ( ) Manhã ( ) Tarde

Admissão na Instituição: \_\_\_\_\_ Setor onde atua: \_\_\_\_\_

Formação: ( ) Graduação ( ) Especialização: \_\_\_\_\_ ( ) Mestrado ( ) Doutorado

#### **EIXO I: PRÁTICA PROFISSIONAL NA ÁREA HOSPITALAR.**

- 1) Como você define a instituição hospitalar?
- 2) Descreva o trabalho que você desenvolve no hospital como assistente social?
- 3) Qual a situação que mais requer a sua intervenção profissional?
- 4) Como você define a relação **teoria e prática** no desenvolvimento do seu trabalho?
- 5) Que **fundamento teórico-metodológico** norteia a sua prática profissional no hospital?

#### **EIXO II: APOIO INSTITUCIONAL.**

- 1) Que recursos você considera essenciais ao trabalho dos assistentes sociais na instituição?
- 2) Você dispõe de um espaço privativo para atender a demanda hospitalar?  
( ) Sim ( ) Não
- 3) Como você define o apoio institucional? Explícite a resposta.  
( ) Ruim ( ) Regular ( ) Bom ( ) Ótimo ( ) Não há apoio

#### **EIXO III: ESPAÇO PROFISSIONAL.**

- 1) Como você define o papel do assistente social na instituição hospitalar? Explícite a resposta.
- 2) Como você define a autonomia profissional do assistente social no hospital? Explícite a resposta.  
( ) Plena ( ) Relativa ( ) Não há autonomia
- 3) No hospital, você desenvolve um trabalho em equipe multiprofissional? Explícite a resposta.

**APÊNDICE: B****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****[PROJETO: ATUAÇÃO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NOS HOSPITAIS ESCOLAS EM BELÉM DO PARÁ].**

Vimos por meio deste, solicitar aos Assistentes Sociais do Hospital -----  
-----, **sujeitos da pesquisa**, o **consentimento** para entrevistá-los, sendo a informação de grande valor para o trabalho que estou executando. **A pesquisa é** um estudo descritivo e analítico acerca do trabalho dos Assistentes Sociais nos Hospitais Escolas em Belém, cujo conteúdo da entrevista irá compor os aspectos qualitativos do estudo no Relatório Final, mantendo-se o sigilo da identificação profissional dos entrevistados. **Não apresenta riscos e danos** para os pesquisados, visto que o roteiro da entrevista trata de questões pertinentes a rotina do trabalho sem comprometimento político ou de qualquer outra natureza que não da ação profissional. Ressalta-se que **os entrevistados não serão remunerados pela pesquisa**, e muito menos arcarão com qualquer custo, esta responsabilidade é de nossa competência. Consideramos que o estudo será de grande relevância não só para o Serviço Social como para as instituições de modo geral, pois temos avançado significativamente na produção de conhecimento a cerca dos trabalhos que vêm sendo desenvolvidos na esfera da profissão em diversas áreas, sendo de grande importância os resultados que encontraremos ao final do estudo, os quais servirão, também, de elementos de reflexão do desenvolvimento de suas ações e ajudaram a compor a história da profissão no Pará. Entendemos que **a participação na pesquisa é de livre escolha**, portanto, caso o sujeito da pesquisa não queira ser entrevistado, respeitaremos a posição, sem causar qualquer constrangimento pessoal e ou profissional, mas desejamos que nossa resposta seja positiva, e possamos contar com as vossas contribuições.

Aproveito a oportunidade para agradecer vossa atenção.  
Atenciosamente,

---

Assinatura do Pesquisador Responsável  
Nome: JOSIANY DA COSTA GARCIA ALBIM.  
End:Av. Ceará, 193/ Canudos.  
Fone: (91) 226-2854/ 96040287/ 4009-2315 (Trab.)  
Reg.Conselho: 2711.

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa, que me sinto perfeitamente esclarecido sobre o conteúdo da mesma, assim como seus riscos e benefícios. Declaro ainda que, por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando com a coleta de material para exame.

**Belém,** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do sujeito da pesquisa ou do responsável

**ANEXOS**