

6

Hospital Universitário Clementino Fraga Filho: território empírico – onde se fala de memória, prática e conhecimento

6.1.

Resgate da memória

O que lembro, tenho.

Guimarães Rosa

Este item integra o primeiro movimento elaborado com vistas ao encontro da memória do território empírico, lugar onde nasceu a ideia e motivação para este estudo. Trata-se de olhar o Hospital Universitário como um lugar onde se fala de memória, de prática e de conhecimento.

Revisitar os antecedentes históricos de uma Instituição requer a destreza da volta ao tempo, e mais, voltar também remete a um tempo e a uma história nos quais vivemos plenamente, às vezes construindo mais, às vezes menos. Com esta instituição o exercício não poderia ser outro, no entanto temos que concordar que a busca da memória, da lembrança e da história, seja de pessoas, de lugares ou, no que nos interessa, de uma Instituição, pode ser trilhada pelos caminhos mais variados.

Este pensar não se constitui em um “*pensar comum*” ou exclusivamente uma vontade de retomar lembranças do passado para compor tal memória, por isso tomamos de empréstimo as palavras documentadas por Arendt³¹³ (1971) em sua obra “*A vida do espírito*”, para melhor significar de que lugar do pensar estamos tratando, desse modo o exercício do pensar para ela se dá assim:

³¹³ Arendt, H. A vida do espírito. Editora Instituto Piaget. Lisboa. 1971, p. 90-91.

Para o pensar, então, embora não para a filosofia, tecnicamente falando, o alheamento do mundo das aparências é a única condição prévia essencial. Para pensarmos em alguém, esse alguém deve ser removido da nossa presença; enquanto estamos com ele não pensamos nele nem sobre ele; o pensar implica sempre rememoração; cada pensamento é, estritamente falando, uma reflexão. Sem dúvida que pode acontecer que comecemos a pensar em alguém ou alguma coisa ainda presente, caso em que já nos afastamos sub-repticiamente do que nos rodeia e nos estamos comportando como se já estivéssemos ausentes.

A partir dessas colocações consideramos importante perguntar de que modo os argumentos da autora podem ajudar na materialização da expectativa de pensar a construção da memória da instituição.

Encontramos em Arendt ³¹⁴ (1971) elementos suficientes que permitem concordar que essas respostas podem ser obtidas. Visto que para ela apenas a memória tem a capacidade de registrar, no sentido de guardar, o que foi revelado pelo mundo sensível, conseqüentemente, permitindo perspectivas originais além da representação do que já foi experienciado por aquele que presenciou um dado acontecimento.

Para a autora a memória tem a capacidade de guardar tudo o que já não existe, no entanto, também tem a capacidade de trazer à tona tudo aquilo, que um dia poderá existir, no sentido de vir a ser.

Para Arendt ³¹⁵ (1997), a história deixa de ser uma seqüência de acontecimentos, um tempo vago e homogêneo, para ser raciocinada por meio de rescisões que quebram a continuação histórica. Para ela o que é importante aqui, na retomada do passado, é a possibilidade da narrativa de experiências, daí convém clarificar que no nosso entendimento quando se restaura o passado inicia-se a significação do presente.

No mundo do significado histórico, este só pode ser apreendido se o evento transcorrido for examinado. A reflexão que aspira a opinião da história, sugerida por Arendt ³¹⁶ (1997) acontece em um movimento duplo de encontro, por um lado, recobra as ocorrências e os acontecimentos históricos nas suas singularidades conforme seu valor para o presente, e, por outro, a partir dessa definição recuperada da história, prepara a consideração e a importância que

³¹⁴ Idem, s/p.

³¹⁵ Arendt, H. Entre o passado e o futuro. Trad. Mauro W.B. de Almeida. Editora Perspectiva. SP. 1997.

³¹⁶ Idem.

empregamos na maestria dos eventos do dia-a-dia, enfim o cotidiano deve aparecer como fazendo parte dessa história.

Colaboram com a distinção entre memória e história, Arendt³¹⁷ (1997), com suas obras “Entre o passado e o futuro”; e a “A vida do espírito” (1971) e Pierre Nora³¹⁸ (1993), com “Entre memória e história: a problemática dos lugares”, e “Os lugares da memória” (1980), além de Halbwachs³¹⁹ (2004) com “A memória coletiva”.

Halbwachs (2004) em meados do século XX já procurava enfatizar a diferença entre memória e história. Visto que o processo se dá de maneira oposta, isto é, a história, na sua leitura, tem início precisamente de onde a memória termina e a memória tem o seu fim, no momento que não tem mais um grupo como suporte. O grupo como sugere o autor é uma “unidade coletiva”, concebida como o “espaço de conflitos e influências entre uns e outros”³²⁰.

A memória é continuamente vivida, do ponto de vista físico ou afetivo, como sugere o autor. No momento em que o grupo se perde, a forma exclusiva encontrada para salvar as lembranças é procedendo do modo como sugere o autor, ou seja, fixando-as:

(...) por inscrito em uma narrativa seguida uma vez que as palavras e os pensamentos morrem, mas os escritos permanecem. Se a condição necessária, para que haja memória, é que o sujeito que se lembra indivíduo ou grupo, tenha o sentimento de que busca suas lembranças num movimento contínuo, como a história seria uma memória, uma vez que há uma solução de continuidade entre a sociedade que lê esta história, e os grupos testemunhas ou atores, outrora, dos fatos que ali são narrados?³²¹

Para Halbwachs a história é escrita e não é pessoal e nela, grupos com suas composições somem e abrem espaço para dar lugar a outros grupos, na medida em que a escrita não os “armazenou”, ou não os conservou.

Tendo em vista que, para o autor a memória retém: “do passado somente, aquilo que ainda está vivo ou capaz de viver na consciência do grupo que a mantém” ao permitir à realização da ruptura a memória converte-se num “celeiro

³¹⁷Idem.

³¹⁸Nora, P. Entre memória e história; a problemática dos lugares. *In: Revista Projeto História. Dptº de História da PUC-SP. Nº 10, pp. 07-28. SP. 1993.*

³¹⁹ Halbwachs, M. A memória coletiva. Editora Centauro. SP. 2004.

³²⁰Idem, pp. 51-52.

³²¹Idem, p. 85.

inesgotável de possibilidade de lembranças”³²². Por esta razão, história não é memória porque existe descontinuidade entre o sujeito que a lê e os grupos que foram testemunhas dos fatos narrados.

Arendt³²³ (1971) acrescenta um dado novo nessa questão da memória, para ela: “nada, nem mesmo na própria compreensão que a ciência tem do empreendimento científico, garante que a nova evidência se mostrará mais fiável do que a evidência abandonada”. O que remete à necessidade de um afastamento do tema para melhor entendê-lo. Para ela a memória, é o alicerce da análise das “atividades do espírito”, ou seja, o lugar designado ao “acolhimento das sensações” e das reflexões apreendidas no exercício do viver, e do estar no mundo.

Arendt³²⁴ (1993), em “*A dignidade da política*”, pelos atalhos percorridos para desenvolver sobre o mesmo tema, nos aproxima de entendimentos maiores sobre ele, a autora desenvolvendo o seu pensamento sobre história, naquilo que se pode apreender, sugere que: “O que o evento iluminador revela é um começo no passado que até então estivera oculto; aos olhos do historiador, o evento iluminador só pode aparecer como um final para esse recém-descoberto início”.

Com isso a autora revela sua compreensão da história, pois se debruçarmos sobre a tarefa do historiador ele focaliza o passado, daí o valor de sua contemplação que deve estar dirigida para o acontecimento que desfaz o encadeamento de fatos desencadeados, e isso constitui em dar autoridade ao historiador, o que para Arendt³²⁵ (1993) significa o novo. Por isso ela observa que:

Só quando, na história futura, um novo evento ocorre, é que esse “final” irá revelar-se como um início aos olhos dos futuros historiadores. E os olhos do historiador representam somente o olhar cientificamente treinado da compreensão humana; só podemos *compreender* um evento como o final e a culminação de tudo o que aconteceu antes, como “preenchimento dos tempos”; somente é que cabalmente avançamos com relação ao conjunto transformado de circunstâncias que o evento criou, isto é, tratamos esse evento como um começo.

³²²Idem, 81.

³²³Arendt, H. A vida do espírito. Editora Instituto Piaget. Lisboa. 1971, p. 65.

³²⁴Arendt, H. A dignidade da política: ensaios e conferências. Editora Relume-Dumará. RJ. 1993, pp. 49-50.

³²⁵Idem.

Para Nora³²⁶ (1993), a memória é um processo que se vive, e que é dirigido por grupos vivos, sendo assim, está sempre em progresso e sujeito aos mais variados tipos de direção. De um modo geral, para o autor:

A memória é vida, sempre carregada por grupos vivos e, nesse sentido, ela está em permanente evolução, aberta à dialética da lembrança e do esquecimento, inconsciente de suas deformações sucessivas, vulnerável a todos os usos e manipulações, susceptível de longas latências e de repentinas revitalizações.

Enquanto a história é apontamento, é crítica, é distanciamento, é problematização e é ponderação, ela é um legítimo exercício do intelecto, e como tal, apresenta como princípio a tendência de “dessacralizar a memória”. Para o autor, a história: “é reconstrução sempre problemática e incompleta do que não existe mais”. Enquanto a memória: “é um fenômeno sempre atual, um elo vivido no eterno presente”. Para ele, a diferença entre a memória e a história é que: “a história é uma representação do passado” enquanto a memória não, a memória é como ele sugere “um elo vivido no presente”³²⁷.

O que apreendemos é que não existe memória que seja exclusivamente “imaginação pura e simples” ou reprodução da história que “tenhamos construído que nos seja exterior”, isto é, todo este procedimento de constituição da memória é atravessado por “um referencial que é o sujeito”, como assinala Halbwachs³²⁸ (2004).

Várias são as razões para acolhermos a ideia de que o que pretendemos ordenar seja dar um tratamento a esta construção com referenciais relativos à memória, seja porque, Nora (1993) a aponta como absoluta, que emerge de um grupo, que é de natureza múltipla, desacelerada, coletiva e individualizada, seja porque enraíza no concreto, no espaço, no gesto, na imagem, no objeto.

Ou como recomenda Halbwachs (1990), que a memória retém do que já passou somente, aquilo que está vivo ou que ainda é “capaz de viver na consciência do grupo que a mantém”.

Ou mesmo porque como indica Arendt (1971), a memória, com sua peculiar maestria, conduz os sentimentos guardados em seu lugar mais reservado, e que

³²⁶Nora, P. Entre memória e história: a problemática dos lugares. *In*: Revista Projeto História. Departamento de História. PUC-SP. SP. 1993, p. 09.

³²⁷Idem, p. 09.

³²⁸Halbwachs, M. A memória coletiva. Editora Centauro. SP. 2004, pp.78-81.

depois de serem desvelados para o mundo, por intermédio de ações e de expressões, recebem nova exterioridade “sob o verniz poético, histórico e filosófico dado ao espírito”. Ou mesmo porque no dizer de Nora (1993) se relaciona a história à reconstrução “do que não existe mais”.

Creemos que as indagações feitas no início, podem ser objetadas com base nos argumentos dos autores com quem dialogamos para obter subsídios, com a solidez de seus argumentos.

6.1.1.

A memória do hospital

Caminhamos pelo acervo existente nas diversas instâncias da UFRJ a qual o Hospital pertence, e realizamos um “verdadeiro garimpo” para obtenção desse material, que registra falas e lembranças das pessoas que viveram seu cotidiano, visto que há um precioso material arquivado sobre essa memória. Em nossa compreensão este trabalho de recolha também contribuirá para a manutenção da memória do hospital.

Iniciamos aqui a constituição da memória da construção de uma unidade que junto com outras formará um aglomerado mundo do trabalho relacionado à saúde, parafraseando Merhy³²⁹, “lugar onde através de atos se constrói vidas e modos melhores de se viver felizes nesta terra”.

Foi precisamente na década de 1920, que as primeiras referências à necessidade de um hospital de ensino clínico começavam a insurgir.

No final da década de 1920, algumas construções se iniciaram na cidade do Rio de Janeiro com o objetivo de dar os primeiros passos para o atendimento de tais reivindicações, no entanto todas tiveram outra finalidade. Após 20 anos, ou seja, no final da década de 1940, há nova perspectiva da construção de um Hospital de Clínicas.

A Cidade Universitária seria construída no terreno de aterro do arquipélago próximo à Ilha do Governador e este também seria o local para a sua construção.

³²⁹Merhy, E.E. Colóquio Cultura, Trabalho e Cidade: dos direitos do trabalho ao trabalho dos direitos. Fundação Casa de Rui Barbosa. Agosto de 2010. (Apontamentos).

Feita a concepção arquitetônica, a obra foi iniciada em setembro de 1950, ou seja, 10 anos depois, em compasso difícil pela alocação de recursos, até 1955, quando foi descontinuada definitivamente.

O reinício das obras data de janeiro de 1971 evoluindo até o final do ano de 1972. Em setembro de 1973, o Reitor da UFRJ, Professor Hélio Fraga³³⁰, mostrou sua expectativa da retomada da construção do Hospital com a seguinte frase: “Não poderia ocultar que, dentro de minha alma de médico e de professor de Medicina, a ideia da realidade do Centro de Ciências da Saúde e, especialmente, do Hospital Universitário chega a adquirir prioridade absoluta”³³¹.

Em novembro de 1974 com aprovação da verba inicial para a retomada do projeto, “no valor de 80 milhões e quinhentos mil cruzeiros” valores da época, o reinício das obras, só ocorreram em junho de 1975 quando foi liberada a verba.

A longa lacuna ocorrida nesta construção foi percebida pela Comissão de Implantação como originária de algumas vantagens, entre elas, o acontecimento do Hospital vir a ser implantado num período de novos paradigmas, tanto na área da saúde quanto da educação, “salientando-se a vinculação indispensável entre as duas áreas”, como distingue Fraga³³² (2000). O que em muito contribuiu para um fazer diferenciado no que diz respeito ao cuidado à saúde das pessoas que ali buscavam a diminuição do seu sofrimento no que diz respeito à determinada doença e um ensino de qualidade para aqueles que ali buscavam conhecimento.

No dia 1º de março de 1978, foi inaugurado o Hospital da UFRJ, para mostrar a importância dada a esta inauguração consta no Prefácio à 1ª edição³³³ de uma das obras que vimos aproveitando ao longo desta construção a seguinte frase: “Foi em março, ao findar das chuvas, quase à entrada do outono” “*O Caçador de Esmeraldas*” – Olavo Bilac.

Portanto, março de 1978 é a data de inauguração do Hospital. Voltar a esse passado significa não somente perceber sua contribuição ao ensino das várias profissões relacionadas ao cuidado à saúde, mas também o que representaria uma unidade de saúde com perfil terciário para a população da área e do seu entorno,

³³⁰Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³³¹Fraga Filho, C. A implantação do hospital universitário da UFRJ (1974-1978). 2ª edição. FUJB. RJ. 2000, p. 33.

³³²Idem, p. 41.

³³³Idem, p.23.

assim como pensar no momento histórico dessa inauguração do ponto de vista do modelo de saúde existente na época, e do regime político vivido na ocasião.

“Implanta-se o Hospital da UFRJ num momento em que se procura, conceitual e legalmente, estabelecer a necessária vinculação entre os sistemas de saúde e de educação”³³⁴, nasce, o Hospital, como aponta Fraga³³⁵ (2000), em síntese, com os seguintes objetivos³³⁶.

- a) Contribuir para a melhoria da cobertura de saúde da área em que está situado e, ainda, atuar como hospital de referência, de nível terciário, do sistema regionalizado de saúde;
- b) Servir de campo de treinamento para o ensino de graduação das profissões de saúde, estimulando nos estudantes a preocupação com a saúde da comunidade;
- c) Desenvolver atividade de pesquisa, de ordem científica, técnica e operacional.

Vale a lembrança de que o Hospital, no decorrer dos anos de sua implantação, foi atravessado por acontecimentos políticos geradores de transformações do sistema de saúde vigente. Um movimento em defesa a participação popular, combatia o modelo vigente e as condições de trabalho e reivindicava por transformações ficou conhecido como indica Bravo³³⁷ (2001) Movimento de Reforma Sanitária, cujo entendimento de saúde também teve sua transformação materializada:

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismo de gestão – os Conselhos de Saúde.

³³⁴Idem, p. 97.

³³⁵Idem, pp. 103-104.

³³⁶ UFRJ. Hospital Universitário: Objetivos institucionais e bases operacionais. (Série Estudos e Documentos para a Implantação do Hospital Universitário da UFRJ, v. 1). RJ. 1997.

³³⁷Bravo, M.I. de S. Gestão democrática na saúde: o potencial dos conselhos. *In: Política social e democracia*. Cortez & UERJ. RJ. 2001, p. 09.

O Movimento pela Reforma Sanitária, constituído por progressistas trabalhadores do campo da saúde e pela sociedade civil organizada se responsabilizou pela mudança “radical” dos fundamentos da questão da saúde, que até então era vista como responsabilidade individual e suas fronteiras se limitavam às unidades de saúde.

O Movimento fundamenta-se na luta pela democratização da saúde brasileira, incluindo a universalização dessa atenção como um de seus princípios e a descentralização como uma de suas estratégias para obter o alcance da saúde como dimensão do direito de cidadania, como recomendam Laurell³³⁸ (1997) e Escorel³³⁹ (1998). Desse modo, assume-se um modelo político, devido à nova concepção do conceito de saúde, visto que saúde passa a ser bem mais que “a mera ausência de doenças”, e sim, uma concepção ampliada, como sugere a Carta de Ottawa³⁴⁰ (1986). Onde está descrito:

A saúde passou, então, a ser definida como produto das condições objetivas de existência e resultado das condições de vida – biológica, social, econômica, cultural, particularmente das relações que os homens estabelecem entre si e com a natureza por meio do trabalho.

Foi em agosto do ano de 1985, ou seja, sete anos após a inauguração, que por decisão do Conselho Universitário o Hospital da UFRJ teve sua reinauguração com um novo nome, a partir desse dia o Hospital passou a se chamar Hospital Universitário Clementino Fraga Filho em uma homenagem mais do que justa ao Professor, Mestre e Educador que sempre foi.

Oito anos depois da implantação do Hospital essas ideias se materializaram, na medida em que se discutiu amplamente a concepção de saúde, definida como “condições objetivas de existência e resultado das condições de vida”³⁴¹, especialmente, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco nas transformações do modelo de saúde vigente, colaboradora da construção de um novo conceito de saúde voltado para a realidade brasileira. Que significa:

³³⁸Laurell, A.C. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. 2ª edição. Editora Cortez. SP. 1997.

³³⁹Escorel, S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. Ed. FIOCRUZ. RJ. 1998.

³⁴⁰WHO. Carta de Ottawa. 1986.

³⁴¹Brasil. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde 1986. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Brasília/DF. 1987, p. 382.

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida ³⁴².

Dez anos após sua inauguração, com o estabelecimento dos princípios da regionalização e hierarquização do Sistema Único de Saúde – SUS, a Política Nacional de Saúde tem aspecto universalizante como um direito social e dever do Estado. Posteriormente, regulamentada pelas Leis Orgânicas da Saúde - LOS, de nº 8.080 e de nº 8.142 do ano de 1990. Assim, a partir da implantação do SUS o Hospital tem sua missão alterada e perpassada pelas necessidades da rede de saúde, visto que não há como ser diferente e, o hospital passa a ter como missão:

Desenvolver ações de ensino e pesquisa em consonância com a função social da universidade, articuladas à assistência à saúde de alta complexidade e integradas ao Sistema Único de Saúde, promovendo ao seu público atendimento de qualidade de acordo com princípios éticos e humanísticos ³⁴³.

Ressignificados seus objetivos e revista sua missão além de definida a posição que ocuparia na estrutura da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ chega-se a seguinte aceção do Hospital: Trata-se de um Hospital Universitário de grande porte, da rede pública, que pertence ao MEC. É um Órgão Suplementar da UFRJ, Universidade esta fundada em 1920 com o nome de Universidade do Brasil e que foi renomeada através de um decreto durante a “ditadura militar”.

Ao completar 22 anos da inauguração do Hospital, Fraga³⁴⁴ (2000), na elaboração da memória de sua implantação, lembrou e descreveu da seguinte maneira a definição do movimento de construção da Instituição:

A obra do Hospital Universitário não teve apenas significação interna, para a UFRJ. Ela despertou grande interesse em instituições congêneres, concretizando em inúmeros estágios e visitas, além de convites ao Diretor para exposição de seus objetivos, características e organização técnico-administrativa.

³⁴²Idem.

³⁴³UFRJ – Hospital Clementino Fraga Filho. “Resgate histórico sobre a construção de Plano Diretor do HUCFF”. Assessoria de Planejamento. Março. 2010, p. 1.

³⁴⁴Idem, pp. 38-39.

Tratava-se de um projeto imponente, e como descreveu o Diretor Geral do Hospital Professor Alexandre Pinto Cardoso³⁴⁵ (2008), na Apresentação – “O sonho por inteiro” – da obra “*A saga de um sonho*” composta em razão da comemoração dos 30 anos do Hospital: “Depois de tantas idas e vindas, projetos, discussões e revisões de planos, o que era o “todo”, uma estrutura total de 220 mil m² ocupou, na prática, a metade. Nascia, assim, o Hospital Universitário”.

No ano de 2000 o Reitor da UFRJ ingressou com um processo de revisão na Justiça para a obtenção do direito de empregar o nome com o qual a mesma foi concebida o que foi acolhido e hoje é possível valer-se dos dois nomes para se referir à mesma Universidade.

Concluimos a memória do HUCFF com o que historiou o Professor Almir Fraga Valladares – Decano do Centro de Ciências da Saúde/UFRJ, ao se referir ao Professor Fraga na obra “*Memórias Afetivas*”³⁴⁶ (2008), escrita por ocasião da comemoração aos 30 anos do Hospital, “Não me atrevo a qualquer comentário, certamente incompleto, apenas cumpro o dever de admirar e agradecer”.

Cremos ser oportuna uma manifestação da compreensão do espaço institucional, como um espaço revestido de caráter político, seja porque nele se mostra a compreensão da própria profissão, seja pela inserção da profissão nesse espaço que é espaço de luta e de conquistas, por que é espaço de construção de identidades profissionais. Desse modo cremos ser adequado o proveito que tiramos do que Arendt³⁴⁷ (1997) provoca. Para ela:

Somente quando as coisas podem ser vistas por muitas pessoas, numa variedade de aspectos, sem mudar de identidade, de sorte que os que estão à sua volta sabem que vêem o mesmo na mais completa diversidade, pode a realidade do mundo manifestar-se real e fidedigna.

Augé (2005), também permite maior compreensão desta noção de espaço institucional quando emprega a dimensão “lugar antropológico” para raciocinar sobre a constituição real e figurada do espaço. Esses lugares contêm três aspectos distintos, que aspiram ser identitários, relacionais e históricos, o que pode significar que no mesmo lugar convivem ou podem conviver indivíduos

³⁴⁵UFRJ. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho: 30 anos. A saga de um sonho. RJ. 2008.

³⁴⁶Reis Rosa, A. & Jouval Junior, H.E. Memórias afetivas: Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. 1ª edição. 2008, p. 15.

³⁴⁷Arendt, H. A condição humana. 8ª edição. Editora Forense Universitária. RJ. 1997, p. 60

singulares. A partir dessas considerações, Augé³⁴⁸ (2005), significa espaço como um:

(...) lugar praticado, um cruzamento de forças motrizes. O lugar, como o definimos, é o lugar do sentido inscrito e simbolizado, o lugar antropológico. Incluímos na noção de lugar antropológico a possibilidade dos percursos que neles se efetuam, dos discursos que nele se pronunciam e da linguagem que o caracteriza.

O que se apreende dos dois autores é que esta Instituição se eleva à constituição de um “lugar antropológico”, especialmente pelos percursos que foram possíveis de serem praticados; pela linguagem que a distingue de outro espaço e pelos discursos que nela são proferidos, argumentos fundantes para a construção do “lugar antropológico”, como o próprio autor sugere.

Mas, também se pode concluir que este seja um espaço de caráter público, como recomenda Arendt (2008), posto que onde exista: “a presença de outros que vêm o que vemos e ouvem o que ouvimos garante-nos a realidade do mundo e de nós mesmos”³⁴⁹, o que na nossa compreensão é o que acontece e permanece neste lugar que apresentamos.

Com o objetivo de recuperar a memória da instituição e a percebendo dentro desse contexto de “lugar antropológico” e “espaço de caráter público”, para se considerar a extensão da sua estrutura procede-se a exposição de determinados elementos.

Sua estrutura física que é compreendida em 220 mil metros quadrados, mas apenas a metade se encontra em funcionamento; o corpo funcional é composto por 2.800 servidores; o número de pessoas que atravessa seus corredores e desenvolve atividades nas dependências do Hospital é de uma média diária de 6.000 pessoas (UFRJ, 2006).³⁵⁰

MEC e SUS são os financiadores do hospital, o SUS por meio de convênio de prestação de serviços e de pagamento de procedimentos efetuados, enquanto o MEC é o responsável pela verba do pagamento de todo o pessoal.

³⁴⁸ Augé, M. Não lugares: introdução a uma antropologia da supermodernidade. 5ª edição. Papirus. Campinas. 2005, p. 77.

³⁴⁹ Arendt, H. A condição humana. Tradução de Roberto Raposo. 10ª edição. Forense Universitária. RJ. 2008, p. 60.

³⁵⁰ UFRJ. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – HUCFF. Resgate histórico sobre a construção do Plano Diretor do HUCFF. Assessoria de Planejamento. Março. 2010.

Concluimos essa etapa da constituição da memória da instituição, com as expressões pronunciadas, por ocasião da inauguração do Hospital pelo Professor Fraga³⁵¹ (2000), quando confessou que:

A alegria deste momento é contida pelo senso de responsabilidade, ante a consciência das dificuldades para manter este Hospital à altura de seus desígnios. Chegamos, apenas, ao ponto de partida. O caminho restante dependerá do esforço e da dedicação de professores, de alunos e de quantos mais aqui trabalharem.

6.2. Serviço Social – sua história se implica com a história deste lugar

Meu coração ainda se comove
pelo que aconteceu há tanto tempo.

Pablo Neruda

Este ponto objetiva estabelecer os períodos marcantes do processo de construção e desconstrução da trajetória do Serviço Social na Instituição e do mesmo modo dialogar com suas finalidades, atribuições e competências, lembrando que estamos observando um lugar que também tem suas prioridades voltadas para a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão que, na verdade, é a grande razão da existência desta instituição e de todo ato que se produz dentro dela.

Trata-se aqui de um encontro com a memória a partir da história vivida e contada com a intenção de que o leitor compreenda que a memória do Serviço Social desta instituição faz parte da memória da própria instituição daí o título que resolvemos dar a esse eixo do trabalho. A narrativa sobre a memória do Serviço Social é a história daqueles que viveram e daqueles que ainda vivem, literalmente ou apenas na nossa lembrança, a vida da Instituição.

Revisitar o Serviço Social do Hospital remete a uma volta ao tempo, pois data da inauguração do Hospital a existência do Serviço Social, ou seja, “*eles*

³⁵¹FRAGA FILHO, C. A implantação do hospital universitário da UFRJ. (1974-1978). 2ª edição. FUJB. RJ. 2000, p. 89.

nasceram juntos” e por esse motivo suas histórias se complementam e se entrelaçam.

Toda vez que voltamos ao passado e retomamos nosso pensamento sobre as questões que se colocam em função de observação dos fatos, sejam eles presentes ou passados, nos lembramos de Faleiros³⁵² (1993) quando o autor diz: “em realidade, na observação dos fatos não há neutralidade, não há separação entre juízos de fato e juízos de valor, de forma tão rígida. A observação dos fatos está entremeada, marcada pelo contexto social, psicológico, valorativo do observador”.

Da colocação de Faleiros apreendemos que as observações que estamos nos propondo a praticar devem ser marcadas por tais contextos e fundamentos colocados pelo autor, permanece então por nossa conta uma observação, no sentido de análise, desse tempo vivido pelo Serviço Social, que difere das razões postas oficialmente, já que na nossa compreensão, os profissionais não conseguiam se “agregar” de modo a dar visibilidade ao ato profissional do Assistente Social.

Os Regimentos Internos do Hospital³⁵³ reavivam a memória de que o Serviço Social é parte integrante da DAA, juntamente com outros nove Serviços.

Desde sua implantação ele tem os seus atos orientados pelo seu primeiro Plano Básico de Ação³⁵⁴ cuja primeira versão data de 1978, com definições claras de suas finalidades, rotinas de trabalho, competências e atribuições dentro da divisão de trabalho na equipe neste espaço de prática, assim como as rotinas de trabalho, os protocolos a serem desenvolvidos.

Este Plano de Ação é basicamente o instrumento, para a execução das atividades diárias a serem desenvolvidas pelo Assistente Social, nele responsabilidades são efetivadas e o desenvolvimento do trabalho está posto, também há o planejamento estratégico ou a meta que se pretende alcançar.

Apontamentos originais assinalam que, a partir do ano de 1984, teve início a revisão do Plano Básico de trabalho já referido, com objetivo de fazer a revisão das atribuições, e de inserir novos processos de trabalho.

³⁵²Faleiros, V. de P. Metodologia e ideologia do trabalho social. 8ª edição. Cortez Editora. SP. 1993, p. 122.

³⁵³UFRJ. Centro de Ciências da Saúde. Hospital Universitário. Regimentos Internos. Agosto de 1985, p. 15.

³⁵⁴UFRJ. HUCFF. Plano Básico de Ação do Serviço Social. 1978.

Em 1985 um novo processo de revisão é desencadeado quando se iniciou uma discussão ampla sobre o trabalho do Serviço Social do ponto de vista de seus métodos de intervenção, o que envolveu grupos de trabalho por Setores, na medida em que o Serviço Social se divide em três Seções³⁵⁵.

Mas, somente no ano de 1988 a equipe se manifesta sobre a necessidade de se refletir sobre as questões referidas, se percebe pronta para esse exercício e retoma a discussão para revisão do Plano Básico decidindo por uma revisão “*ampla geral e irrestrita*” e pela reelaboração do mesmo e não apenas sua revisão.

A equipe do Serviço Social “remoeu”, no sentido de estar latente no pensar, durante todo esse período de espera. A imagem preservada daqueles anos é que a proposta permanecia guardada, mas não esquecida, a espera do momento certo para eclodir como se estivesse numa estufa com temperatura, água e ar suficientes para sobreviver, mas de modo algum perecer.

Percebe-se assim, o amadurecimento da equipe que intencionava mudanças não só do ponto de vista da prática cotidiana, mas, e principalmente que a mesma só viria a se consolidar se, aprofundamentos teóricos necessários, pudessem ser apropriados por ela.

Colocava-se em prática naquele momento, o que se veria posteriormente no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais de 1993, quando se inscreve no mesmo que um dos Princípios Fundamentais desse Código³⁵⁶ é a “garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual” como nos convoca o mesmo Código.

A equipe do Serviço Social passa a ter no seu ato profissional o objetivo de:

Contribuir para o processo de transformação da realidade social, opondo-se às relações de exploração, dominação, criando com os usuários do Serviço Social relações de solidariedade, liberdade, justiça, através de um processo reflexivo que envolva troca e difusão de conhecimentos e ideias.³⁵⁷

³⁵⁵UFRJ. Centro de Ciências da Saúde. Hospital Universitário. Regimentos Internos. Agosto de 1985, p. 22.

³⁵⁶CFESS. Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resoluções 290/94 e 293/94. 1993, p. 3.

³⁵⁷UFRJ. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Plano Básico de Ação do Serviço Social. 1988, p. 05.

Apreende-se a partir daí que objetivos profissionais não se transformam em razão da elaboração de um “*novo objetivo*” e muito menos do “*ensaio de eternizá-lo*” através da escrita em certa documentação.

No ano de 1999 o Serviço Social volta a debruçar-se sobre o Plano Básico, dando ênfase à necessidade de uma postura crítica diante da realidade que se apresentava. Sua versão final concluída no ano de 2001 e desde então é o Plano que rege os atos profissionais do Serviço Social na Instituição.

Passa então a apreender no seu fazer cotidiano dois aspectos importantes, qual seja o desenho do SUS, nas suas exterioridades legais, pois parte de um entendimento compreensivo e alargado de saúde, se apropriando integralmente daquele construído na 8ª Conferência de Saúde e do papel de prestador de serviços do Estado.

Assim, o Serviço Social entendeu que para dar coerência ao fazer profissional dos assistentes sociais, com vistas à criação de estratégias para, tornar a dar visibilidade a essa profissão e ao mesmo tempo dar conta da demanda criada por ele mesmo, o caminho a ser trilhado só poderia ser caminhado por meio da produção da sistematização das modalidades práticas da profissão, como resultado do processo de reflexão do fazer profissional. E em tempo futuro toma os “*Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*”³⁵⁸ para nortear as ações do Serviço Social neste campo específico.

Estranho seria se tivesse permanecido em absoluta dormência, sem condições de marcar efetivamente todas as participações e produções da equipe durante esses trinta anos de sua existência, tendo em vista as possibilidades e o incentivo da própria unidade para a efetivação dessas dimensões referidas.

Retomando o propósito de apresentar a memória do todo que compõe a instituição seguimos agora apontando, como se construiu o Setor de Geriatria. Na busca da fidelidade quanto ao seu surgimento o colocamos em destaque, tal é seu propósito e relevância para o cuidado com a saúde dos idosos.

A primeira intenção do Setor foi atender a previsão da Política Nacional do Idoso, ou seja, “Garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de

³⁵⁸CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. Série trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília. 2010.

atendimento do Sistema Único de Saúde”³⁵⁹. Enquanto a última atende um dos Princípios³⁶⁰ da Política Nacional do Idoso que aponta que: “O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos”.

6.3.

Novos tempos: o Setor de Geriatria, um entre tantos

Sinto o passado mais longe
Sinto a saudade mais perto.

Fernando Pessoa

São muitas as medidas inovadoras ao longo dos anos de funcionamento do Hospital. Também são diversos os Serviços e Programas e Setores que foram implantados para responder as demandas advindas ou exigências, todas significativas expressões da questão social.

Buscando reconstruir a memória foi no ano de 1991 que o Serviço de Clínica Médica reuniu profissionais interessados na área de atenção às pessoas idosas com o objetivo de planejar atos e ações estratégicas tendo em vista a disposição de organizar um Setor de atendimento a esse grupo populacional na instituição.

Somente em setembro de 1997 a equipe se estruturou e entre tantos outros profissionais o Assistente Social passou a compor a equipe, quando se elaborou em conjunto o Projeto de Intervenção para as pessoas idosas, exercitando pela primeira vez, a proposta de se trabalhar interdisciplinarmente.

Para reiterar o tema da interdisciplinaridade, nos apropriamos da observação de Gusdorf³⁶¹ (2005) sobre o assunto, segundo o autor: “A exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que transcenda sua própria

³⁵⁹BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Lei nº 8.842, de Janeiro de 1994. 1ª edição. Brasília. 2010, p. 10.

³⁶⁰Idem, p. 6.

³⁶¹Gusdorf. G. Prefácio. *In: Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Japiassú, H. Imago Editora. RJ. 2005, p. 26.

especialidade, tomando consciência de seus próprios limites para colher as contribuições das outras disciplinas”

Cabe a informação de que a avaliação procedida pela equipe da Geriatria com esses idosos se dá nos padrões interdisciplinares, e, Ramos³⁶² (2003) assinala que esse tipo de avaliação considera especialmente a capacidade funcional que atende os novos paradigmas da saúde pública frente ao envelhecimento, onde o conceito de saúde se altera para a conservação e manutenção da independência e da autonomia, independentemente da apresentação de doenças crônicas que são possíveis de serem controladas.

Contribuem para modificações no modo de caminhar a vida dos idosos o refinamento e a ampliação de novas tecnologias para o cuidado à saúde desse grupo populacional, com isso surgem também ofertas e benefícios que produzem a redução da mortalidade, como aponta Nunes³⁶³ (1999). Esses melhoramentos são obtidos, especialmente através de programas de “prevenção e controle” de doenças mais comuns nessas pessoas, daí o significado do Setor para este segmento populacional.

Camarano³⁶⁴ (2004) colabora com esta perspectiva quando coloca que a implementação de políticas públicas que visam a prevenção de doenças contribuem efetivamente para a melhoria da qualidade de vida desse segmento da população e acredita que o Programa de Saúde da Família, hoje Estratégia de Saúde da Família, está entre os programas que fazem esse aporte.

A Política Nacional do Idoso³⁶⁵ foi criada com o objetivo de: “Assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”, e o Setor se empenhou no modelo de assistência que desse conta dessa proposta da Política Nacional, para isso, durante vários meses se debruçou sobre exigências para esse cumprimento.

A superação ou o controle das dificuldades encontradas do ponto de vista da saúde deste segmento populacional é imprescindível, já que segundo a OMS³⁶⁶

³⁶²Ramos, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano Projeto Epidoso. São Paulo. *In: Cadernos de Saúde Pública*. RJ. V. 19, nº 3, p. 793-797. Junho. 2003.

³⁶³Nunes, A. Os custos do tratamento da saúde do idoso no Brasil. *In: Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Camarano, A. A. IPEA. RJ. 1999.

³⁶⁴Camarano, A. A. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiro. IPEA. RJ. 2004.

³⁶⁵Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Lei nº 8.842 de Janeiro de 1994. 1ª Edição. Brasília. 2010.

³⁶⁶Organização Mundial de Saúde – OMS. 2004.

(2004) as doenças crônicas são a principal causa de morte e de incapacidade do mundo e que em pessoas com mais de 60 anos predominam as mortes relacionadas às causas por doenças crônicas e degenerativas.

Para colaborar com os objetivos propostos pela OMS a equipe desenvolveu um conjunto de atividades individuais e grupais, de modo a transformar esses usuários em pessoas mais seguras diante de seus problemas de saúde; mais protegidas na disponibilidade e disposição da equipe; mais amparadas segundo um modelo que as considera pessoas capazes de compreender o que está ocorrendo e mais felizes porque essa é a finalidade de uma equipe de saúde.

Esta é uma atitude que é revestida de significados na medida em que fazendo esta revisão torna a olhar as pessoas e resultados, tornando a olhar é capaz de avaliar sua conduta, se produziu saúde, se transformou os usuários em pessoas mais felizes nesta terra, como convoca Merhy, entre tantas outras possibilidades de mudanças que o seu ato foi capaz de motivar.

Por tratar-se de um Setor de Geriatria, por isso relacionado à saúde deve vincular-se à noção de produção de cuidado, para utilizar a expressão de Merhy³⁶⁷ (2000). Desse modo, “ele tem que ser um lugar que realiza processos de trabalho de saúde, ou seja, que operem com certas tecnologias que produzam o cuidado de saúde e não outra coisa”.

E, propondo ser produção, deve existir algum indicador que a identifique como tal, daí o autor explicar que: “O que marca a identidade é a produção de um objeto que o “personalize” e ao mesmo tempo lhe dá o próprio sentido de ser”, por isso, a sugestão de Merhy³⁶⁸ (2000) de que um serviço que oferece saúde é aquele que “realiza o cuidado de saúde, mesmo que não cure”, mas que seja o ambiente de onde se consiga processar afazeres de bem-estar, no sentido de saúde.

Finalizando, por duas décadas, 1991-2012 vem se firmando um consenso entre os especialistas como Kalache (1996) e Caldas (1998) que, embora qualquer outro segmento da população possa se beneficiar de esquemas interdisciplinares de trabalho, as populações consideradas especiais, entre elas, as crianças, os adolescentes e os idosos são as que mais tiram proveito deste tipo de abordagem.

³⁶⁷Merhy. E. E. Porque gerenciar o cuidado em saúde? Material retirado da tese de livre docência. Reflexões sobre tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. Tese de Livre docência. Unicamp. Campinas. 2000, p. 1

³⁶⁸Idem.

Daí a importância de uma equipe com propósitos interdisciplinares na produção do cuidado da saúde das pessoas, especialmente as idosas, grupo populacional de nosso interesse neste estudo.