

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SERVIÇO SOCIAL

JULIANA RODRIGUES FREITAS

A DOCUMENTAÇÃO CIVIL BÁSICA EM QUESTÃO

Rio de Janeiro
2016

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SERVIÇO SOCIAL

JULIANA RODRIGUES FREITAS

A DOCUMENTAÇÃO CIVIL BÁSICA EM QUESTÃO

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) apresentado ao
Programa de Residência em Serviço Social como requisito
para conclusão do curso.

Orientadora: Rodriane de Oliveira Souza

Rio de Janeiro
2016

JULIANA RODRIGUES FREITAS

A DOCUMENTAÇÃO CIVIL BÁSICA EM QUESTÃO

Banca examinadora:

Prof^a. Me. Rodriane de Oliveira Souza
(Orientadora)

Me. Dayse Silva de Carvalho

Esp. Liliane Alves de Britto e Silva

Rio de Janeiro
2016

Dedico este trabalho aos eternos amores da minha vida.
Tenho absoluta certeza que estão felizes com a minha vitória:
Mãe, Pai, Esposo e Irmãos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a minha família, meu porto seguro, minha base. À minha mãe, pai, irmãos e esposo. A caminhada fica mais leve quando se tem com quem contar. Amo vocês!

À minha turma de residência, Beatriz, Eliza, Leonella, Laisa, Juliane, Natalina e Débora, vocês foram extremamente importantes nesta caminhada!

À todas as profissionais e residentes, da equipe da Unidade de Pacientes Internados, que contribuíram para minha formação profissional.

As Staffs do serviço Darci, Dayse, Isis, Márcia, Michele e Monique, cada uma com suas especificidades, contribuíram nesta caminhada ao longo da residência.

À minha preceptora, Liliane, apesar do pouco tempo, me proporcionou uma enorme contribuição para minha formação, sua compreensão, paciência, respeito e delicadeza foram primordiais nesta caminhada.

À minha orientadora, Rodriane, pela sua contribuição para minha formação com incentivo à pesquisa e a produção do conhecimento.

A residência foi sem dúvidas um período de grande aprendizado para carreira profissional e para vida.

“Posso, tudo posso Naquele que me fortalece
Nada e ninguém no mundo vai me fazer desistir
Quero, tudo quero, sem medo entregar meus projetos... ”
(Fábio de melo)

RESUMO

O presente trabalho consiste em um estudo do universo empreendido pelos usuários que possuem Doença Renal Crônica que não tem acesso à documentação civil básica. Foi realizado a partir da análise em torno das observações cotidianas do acompanhamento realizado pela equipe de Serviço Social da Saúde do Adulto que atua na Unidade Docente Assistencial (UDA) de Nefrologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) aos usuários que possuem doença renal crônica, sobretudo, no que tange as repercussões na sua qualidade de vida e na sua condição social quando estes não acessam a documentação civil básica. Tem como objetivos analisar os impactos da ausência da documentação civil básica na saúde dos usuários admitidos nessa UDA, problematizar teórica e politicamente a categoria *acesso no âmbito da saúde pública*, à luz dos referenciais da Reforma Sanitária brasileira, contextualizando o debate da documentação civil básica no campo dos *direitos humanos*, além de problematizar os processos institucionais que envolvem o fluxo desses usuários ao serem admitidos no Hospital. Para tanto, foi realizada uma pesquisa de campo com os gestores dessa unidade de saúde, além de estudos bibliográficos, e documentais, para assim subsidiar o debate em questão.

Palavras Chaves: Documentação Civil Básica, Sistema Único de Saúde, Direitos Humanos e Serviço Social.

ABSTRACT

This work is a study of the universe undertaken by users who have chronic kidney disease who do not have access to basic civil documentation. Was conducted by analyzing around the everyday observations of the monitoring conducted by the team of Social Service of Adult Health engaged in Unit Care Lecturer (UDA) of Nephrology of the Pedro Ernesto University Hospital (HUPE) to users who have chronic kidney disease, especially regarding the impact on their quality of life and their social status when they do not access the basic civil documentation. It aims to analyze the impact of the absence of basic civil documentation on the health of admitted users in this UDA, discuss theoretically and politically category access in the field of public health in the light of reference of the Brazilian Health Reform, contextualizing the discussion of basic civil documentation in field of human rights, as well as discuss the institutional process involving the flow of these users to be admitted to hospital. For this purpose, a field research with managers of this health center was held, and bibliographical studies, and documentary, thus subsidizing the debate in question.

Words: Basic Civil Documentation, Health Unic System, Human Rights and Social Work

Ficha Catalográfica

FREITAS, Juliana Rodrigues. A Documentação Civil Básica em Questão.
Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de
Residência em Serviço Social. Rio de Janeiro: HUPE/UERJ, fevereiro /2016.

pp.117

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CadÚnico	Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal
CAM	Coordenação de Assistência Médica
CAP	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CBCISS	Comitê Brasileiro de Conferência Internacional de Serviço Social
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CELATS	Centro Latino Americano de Trabalho Social
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CLINEX	Clínica de Hipertensão do Laboratório de Fisiopatologia Clínica Experimental
CNS	Cartão Nacional de Saúde
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CTI	Centro de Tratamento de Terapia Intensiva
CTPS	Carteira de Trabalho e Previdência Social
DETRAN	Departamento de Trânsito
DPGERJ	Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro
DRC	Doença Renal Crônica
DSIT	Departamento de Sistemas de Informação e Telessaúde
DSS	Determinantes Sociais de saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ETC	Empresa Brasileira de Correio e Telégrafo
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FEDP	Fundação Estatal de Direito Privado
FHC	Fernando Henrique Cardoso
HEAS	Hospital Estadual Albert Schweitzer
HEGV	Hospital Estadual Getúlio Vargas
HERF	Hospital Estadual Rocha Faria

HU	Hospitais Universitários
HUGG	Hospital Universitário Gaffrée e Guinle
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
IFP	Instituto Félix Pacheco
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência Social
NUDEDH	Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos
OEA	Organização dos Estados Americanos
OIT	Organização Internacional do Trabalho
ONU	Organização das Nações Unidas
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OUA	Organização da Unidade Africana
PNDH	Programa Nacional de Direitos Humanos
PT	Partido dos Trabalhadores
R1	Residente de primeiro ano
R2	Residente de segundo ano
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RG	Registro Geral
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SISREG	Sistema de Regulação de Vagas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Tribunal de Conta do Município
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência
TFD	Tratamento Fora de Domicilio
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UDA	Unidade Docente Assistencial

UEG	Universidade do Estado da Guanabara
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNESCO	Organização das Nações Unidas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ANEXOS

- | | |
|------------------|---|
| Anexo I | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| Anexo II | Roteiro de entrevista |
| Anexo III | Estudo Social da Nefrologia |
| Anexo IV | Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 Equipe Multiprofissional da UDA de Nefrologia do HUPE organizada por categoria e vínculo - Julho / 2014

Tabela 2 Equipe Multiprofissional da UDA de Nefrologia do HUPE organizada por categoria e vínculo - Janeiro / 2016

Figura 1 Protocolo para Referência de Atendimento do Serviço Social

Figura 2 Estudo Social da Nefrologia – Item sobre a documentação civil básica

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 - O CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA CATEGORIA ACESSO	18
1.1. Breve resgate da política de saúde no Brasil: dos anos 1920 aos dias atuais	18
1.2. O conceito ampliado sobre a categoria acesso no âmbito do SUS.....	31
1.3. Algumas considerações sobre a trajetória histórica do Hospital Universitário Pedro Ernesto e da UDA de Nefrologia.....	36
2 - A MEDIAÇÃO ENTRE DIREITOS HUMANOS E O PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL	43
2.1. Sucintas análises a respeito do processo de renovação do Serviço Social brasileiro	43
2.2. Notas acerca do projeto ético político do Serviço Social e sua articulação com os direitos humanos	47
2.3. Introdutórias reflexões sobre atuação do Serviço Social do HUPE junto às pessoas com Doença Renal Crônica: o acesso à documentação civil básica em questão.....	58
3 - EM DEBATE O DIREITO À DOCUMENTAÇÃO CIVIL BÁSICA: QUAL A SUA IMPORTÂNCIA PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE?	67
3.1. A justificativa do tema e os procedimentos de pesquisa adotados	67
3.2 O importante papel da documentação civil básica na vida social dos usuários.....	70
3.3 A importância dos documentos na concepção dos gestores.....	78
3.3.1 O acesso ao HUPE sem a documentação civil básica.....	79
3.3.2 A ausência de um setor de monitoramento dos usuários que não apresentam a documentação civil básica.....	81
3.3.3 A importância da documentação exigida para admissão dos usuários para a gestão do hospital.....	82
3.3.4 Considerações gerais.....	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	101

INTRODUÇÃO

Este trabalho atende o pré-requisito para elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) em Serviço Social. Essa experiência de formação em serviço se dá no Programa de Atenção à Saúde do Adulto, cujo cenário de prática de residência é a Unidade Docente Assistencial (UDA) da Nefrologia, especificamente, no ambulatório de hemodiálise no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

O interesse pela temática proposta neste estudo evidencia-se quando o Serviço Social é solicitado pela Direção HUPE a intervir em uma situação envolvendo a documentação civil básica de *um usuário em específico*. O documento em questão refere-se ao Cadastro de Pessoa Física (CPF).

A situação trazida pela Direção do HUPE motiva minhas reflexões, considerando que a documentação civil básica torna-se uma questão relevante *exclusivamente para fins de faturamento*. Compreende-se a lógica do faturamento dos procedimentos realizados para o tratamento de saúde dos usuários, no custeio e manutenção desta unidade hospitalar. Mas, o que nos fez aprofundar essa reflexão foi algo que, *inicialmente*, nos pareceu colidir com os princípios éticos e políticos da profissão, a partir dos quais nos posicionamos na defesa intransigente dos direitos dos usuários, pois a documentação civil básica não tem uma finalidade específica, pois, se afirma no campo dos direitos humanos e demarca a possibilidade de acesso a serviços e benefícios sociais.

O presente trabalho tem como objeto os impactos da ausência da documentação civil básica na saúde dos usuários admitidos na UDA de Nefrologia do Hospital. Neste sentido, considerando a complexidade da instituição hospitalar e a necessidade de atender tanto as solicitações de faturamento quanto ao direito de todos os usuários no que se refere à orientação acerca da documentação civil, que entendemos como relevante mapear e discutir os processos institucionais que envolvem a admissão desses usuários na referida unidade de saúde.

A publicização das análises que o estudo gerar também tem por objetivo subsidiar a intervenção profissional no cotidiano de trabalho da equipe de

Serviço Social de Nefrologia, considerando que inexistente atualmente pesquisa voltada para esta temática.

Consideramos que esta discussão é de extrema relevância para o Serviço Social, pois rebate diretamente no seu trabalho na instituição. Assim, espera-se que, por meio desta problematização, o Serviço Social tenha mais subsídios para pensar em novas estratégias de ação, direcionando a questão para a perspectiva da garantia do direito do usuário de ter acesso a tais documentos. A questão proposta neste estudo, considerando a relevância da documentação civil básica, tem por finalidade a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela unidade de saúde aos usuários.

Para elaboração desta pesquisa, consideramos a concepção de saúde em seu conceito ampliado, declarada na Constituição Federal de 1988, que assegura a todos os cidadãos brasileiros que o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei n. 8080/1990, é um direito fundamental de todos e que cabe ao Estado o dever de prover as condições necessárias para sua efetivação, garantindo constitucionalmente a toda população brasileira o acesso à saúde em caráter universal (BRASIL, 1988, art. 196).

No que concerne à discussão acerca do acesso a documentação civil básica, é relevante referenciar que esta toma como fundamentação teórica os *direitos humanos*.

Compreende-se que direitos fundamentais são aqueles indispensáveis à condição humana; são direitos básicos e, portanto, chamados fundamentais, sem os quais se torna impossível viver em sociedade (CALTRAM, 2010, p. 13). Logo, é relevante destacar que de acordo com Barros (2007 apud CALTRAM, 2010, p. 19) não existe a distinção entre direitos humanos e direitos fundamentais, porque são direitos essenciais de todos os seres humanos.

Por conseguinte, os direitos humanos são naturais e universais, mas também são históricos no sentido de que mudaram ao longo do tempo.

De acordo com Caltram (2010, p. 115), os direitos humanos têm como um de seus principais documentos legais a Declaração Universal dos Direitos Humanos do ano de 1948, a qual foi aprovada na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). Este documento posiciona-se contrário a opressão e a discriminação, defende a igualdade e a dignidade das pessoas e reafirma que “Todo ser humano tem o direito de ser, em todos os

lugares, reconhecido como pessoa perante a lei.” (ONU, 1948, art. 6º).

Desta maneira, compreende-se que é este artigo que sustenta a discussão sobre a documentação civil básica, nos fazendo refletir que os indivíduos sem acesso a estes documentos não são reconhecidos como pessoa. Entende-se que o acesso a estes documentos diz respeito a um direito essencialmente humano, ou seja, se o indivíduo não tem acesso à documentação civil básica ou se tem acesso somente a um dos documentos que a compõe, ficará alijado da vida social, já que são eles que garantem o acesso tanto aos serviços públicos e de interesse privado, os quais são solicitados em diversas ocasiões ao longo da vida.

Portanto, se faz necessário ter acesso à informação, pois, quanto mais conhecimento o indivíduo tiver a respeito de contexto em que vive e dos seus direitos enquanto pessoa, maior será o seu poder de luta por respeito aos seus direitos. Cabe ao Federal a criação de mecanismos para ampliação deste acesso, cabe aos sujeitos coletivos, de forma organizada, pressionar o Poder Público para a tomada de tais decisões, o que inclui a categoria de assistentes sociais.

Posto isto, essa reflexão propõe analisar os processos institucionais que envolvem a admissão dos usuários nesta instituição, considerando o acesso à documentação civil básica para abertura de prontuários no serviço de nefrologia.

Este debate está conformado em 3 (três) capítulos, onde no primeiro, será feita a discussão acerca da política de saúde brasileira, abordando teoricamente a concepção ampliada de saúde e problematizando, criticamente, a categoria *acesso*.

No segundo capítulo, o debate permeia a articulação do projeto ético político do Serviço Social e a defesa dos *direitos humanos*, fundamentando sucintas e breves análises sobre o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social na UDA de Nefrologia, com ênfase na garantia do acesso à documentação civil básica.

Já o terceiro capítulo apresenta os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa de campo ao mesmo tempo em que demonstra as análises decorrentes dos dados coletados por meio das entrevistas realizadas com gestores do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Todo o trabalho está baseado em fontes documentais e bibliográficas circunscritas à temática, avaliadas como necessárias para conduzirmos este estudo, sobretudo, para pensarmos os elementos contidos na pesquisa de campo realizada.

1 - O CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE E ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ACERCA DA CATEGORIA ACESSO

Esse capítulo objetiva traçar a trajetória da política de saúde brasileira, problematizar como se constituiu o direito à saúde e como este direito está posto atualmente. Conceituaremos a categoria acesso, colocando em xeque os entraves colocados na efetivação da saúde pública como direito social.

Os aspectos conceituais e teóricos da saúde serão explicitados, ressaltando os entraves para o acesso à política postos pelo projeto de contrarreforma do setor, ou seja, os impactos trazidos à saúde no Brasil pela lógica de mercantilização das políticas sociais¹.

1.1 Breve resgate da política de saúde no Brasil: dos anos 1920 aos dias atuais

Até a década de 1920, saúde pública era pautada pela filantropia, por meio das Santas Casas de Misericórdias e pela medicina popular. A conjuntura da época apresentava um quadro com alto índice de epidemias, como a malária e febre amarela.

“Como proposta para erradicar a epidemia da febre amarela foi criado um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito” (POLIGNANO, 2001, p. 04). A arbitrariedade dos funcionários sanitaristas e as campanhas de vacinação de caráter obrigatório ocasionou a mobilização da população, que se negava a se vacinar. Devido a essa lógica repressiva, esse movimento popular ficou conhecida como a *revolta da vacina*.

Ainda na década de 1920, mais precisamente no ano de 1923, o Governo brasileiro instituiu a “reforma de Carlos Chagas, que teve por objetivo a ampliação do atendimento à saúde por meio do poder central” (BRAVO, 2006, p. 03). Ou seja, o Departamento Nacional de Saúde Pública foi reestruturado,

¹ De acordo com Behring (2009, p. 304), a política social é resultante do processo das relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre Estado e sociedade civil no contexto da luta de classes, indissociável a produção e reprodução do capitalismo.

com o intuito de ampliar o atendimento à saúde, no qual também foram colocadas em pauta questões de higiene e saúde do trabalhador.

Ainda neste ano, foi criada a Lei Eloy Chaves, que instituiu o sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensão (CAP's), que atendeu, em um primeiro momento, os trabalhadores ferroviários e, posteriormente, aos marítimos e estivadores.

Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos. Mas haviam grandes diferenças entre os planos de benefícios, porque inexistiam regras comuns de funcionamento técnico e administrativos. Cada órgão estabelecia seu regulamento, que refletia parcialmente os anseios de cada segmento da classe trabalhadora e dependia da capacidade de receita disponível por meio das contribuições. (MERCADANTE, 2002, p. 237)

Contudo, tais benefícios eram proporcionais à contribuição do trabalhador e o financiamento destas era realizada pela União, empresas e empregados. Além disso, não se configurava enquanto um benefício que se entendia à todos os trabalhadores. Tendo, portanto, uma conjuntura de Industrialização e focalização. Os anos 1920 foram marcados pela ênfase na doença e pela falta de uma política de Estado.

Conforme destaca Bravo (2006, p.03),

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.

Neste sentido, afirma-se que o período de 1930 a 1945 marca o início da intervenção do Estado nas políticas sociais, trazendo um esboço de política de saúde de caráter nacional. Este período é caracterizado pela divisão entre a Saúde Pública e Medicina Previdenciária. Embora, nessa época, a Saúde Pública tenha sido priorizada, o embrião da lógica privatizante da saúde já se apresentava por intermédio da contratação de clínicas e hospitais conveniados.

Neste mesmo período, as antigas CAP's passaram por uma reestruturação e foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresas, como era no sistema das Caixas de Aposentadorias e Pensões. Estes Institutos tinham objetivo de atender um número maior de categorias de assalariados urbanos, porém, com uma

tendência à redução do gasto e no acúmulo financeiro, daí a orientação contencionista. Mas, essa lógica não possibilitou a abrangência ao conjunto de trabalhadores brasileiros.

Em 1942, foi instituída a primeira mudança na cultura campanhista de atuação verticalizada do Governo Federal, por meio da criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

Este serviço foi criado em função do acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos, tinha por objetivo proporcionar o apoio médico-sanitário às regiões de produção de materiais estratégicos que representavam na época uma contribuição do Brasil ao esforço de democracias no desenrolar da II Guerra Mundial. (MERCADANTE, 2002, p. 239).

Este serviço destacou-se pela atuação em áreas geograficamente distantes e pela introdução de inovações na assistência médico-sanitária. Foi a medida pioneira na atenção básica domiciliar. Mas, no que se refere à assistência à saúde, “a maior inovação ocorreu no ano de 1949, quando fora criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar de Urgência (SAMDU), mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes”. (Ibidem). Considerou-se um ganho por fornecer atendimento domiciliar até então inexistente no setor público, por ter o financiamento consorciado entre todos os IAP's e, principalmente, pela perspectiva embrionária do atendimento universal, ainda que limitado aos casos de urgência.

No período de 1945 a 1964, identificou-se um maior investimento no âmbito da saúde pública por parte do Estado², com melhorias nas condições sanitárias, combate à endemias e ampliação da Previdência Social.

Em 1953, é criado o Ministério da Saúde e, em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que ainda previa a vinculação dos serviços de saúde à previdência social. Este período caracterizava-se por conter uma

²Segundo Pereira (2009, p. 344-348), a concepção de Estado, além de ser um conceito complexo, é um fenômeno histórico e relacional. Para a autora, o Estado não existe em abstrato (sem vinculações com a realidade e com a história) e nem de forma absoluta (assumindo sempre uma única configuração). Ele existe sob diferentes modalidades, formas e contextos, ou seja, trata-se da existência de uma arena tensa e contraditória, na qual interesses e objetivos diversos e opostos se confrontam. No contexto capitalista, coexistem interesses tanto dos representantes do capital, em se reproduzir e se ampliar a custa do trabalho, quanto dos trabalhadores, em partilhar da riqueza acumulada e influir no bloco no poder. Nesse sentido, o Estado representa mais do que um conjunto de instituições com autoridade para tomar decisões, e com poder coercitivo, pois se configura também como uma relação de dominação, que deve ser controlada pela sociedade.

concepção de doença restrita, enfatizando apenas o bem-estar. Era marcado também por uma estrutura hospitalar de natureza privada, pela prestação da assistência médica previdenciária feita pelos próprios IAP's e pela hegemonia do modelo clínico curativo, que possibilitou a formação de empresas médicas.

Essas características da política de saúde brasileira se aprofundam no período da Ditadura Militar, especialmente, no período entre 1964 e 1974, quando, de acordo com Bravo (2006, p. 06), predominou o binômio repressão-assistência como estratégia do Estado, com objetivo de diminuir as tensões daquele período provocadas pela ênfase no setor privado. Com vistas ao fortalecimento do projeto político e econômico da Ditadura Militar, em 1966, o Governo federal instituiu a unificação da Previdência Social, por meio da junção dos IAP's, criando, assim, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que possibilitou a ampliação da cobertura dos benefícios.

Observa-se, neste período, o declínio da saúde pública e ênfase na Medicina Previdenciária, por meio de um complexo médico-industrial que contou com práticas médico-curativas, medicinais e especializadas, com financiamento de hospitais privados e fortalecimento das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares.

A conjuntura de crise econômica que se instala no período subsequente (1974 a 1979) oferece as condições para a rearticulação da sociedade civil e maior organização dos sujeitos políticos coletivos, como, por exemplo, a Igreja, o movimento estudantil e o movimento sindical, que questionavam o sistema político vigente. A partir deste contexto de crise, de redemocratização do país e de mobilização de diversos movimentos sociais, toma força, nos anos 1980, um movimento social que se constrói em defesa da *reforma sanitária* brasileira.

Nos anos 1980, o país passa pelo processo de redemocratização, marcado por um cenário com grandes manifestações populares, superando, assim, o regime ditatorial, instaurado em 1964.

No que se refere à questão saúde, o marco considerado o divisor de águas foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, no ano de 1986. Esta Conferência trouxe debates acerca dos seguintes temas: saúde como direito universal; descentralização e participação popular. Este movimento teve importante e inovadores protagonistas: sujeitos sociais organizados – intelectuais da saúde, profissionais da área, estudantes,

articulados aos movimentos da sociedade civil na busca pelo acesso universal e de qualidade à saúde. A saúde passa entrar na pauta de discussões, assumindo uma dimensão política.

Os debates saíram dos seus fóruns específicos (ABRASCO³, CEBES⁴, Medicina Preventiva, Saúde Pública) e assumiram outra dimensão com a participação das entidades representativas da população: moradores, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, parlamento. A questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária. (BRAVO, 2008, p. 09) (notas de rodapé não originais).

O projeto político hegemônico nessa conferência foi o Projeto da Reforma Sanitária, que trouxe as bases para a constituição de uma importante estratégia neste processo, o Sistema único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a Constituição Federal de 1988, ao incorporar nos artigos referentes à saúde as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde, trouxe uma nova forma de pensar a saúde no Brasil, colocando-a como direito universal. A saúde passou a ser responsabilidade do Estado, cabendo ao Poder Público sua regulamentação, fiscalização e controle.

Ao normatizar essa compreensão de saúde, a Lei maior cessa com a desigualdade de atendimento, pois anteriormente se tinha uma dicotomia entre a população usuária desse serviço. O acesso à saúde estava diretamente relacionado à inserção no mercado de trabalho, ou seja, a cidadania regulada⁵. Os usuários contribuintes tinham acesso garantido, já os usuários não contribuintes ficavam a mercê da filantropia. Considera-se, então, que um dos maiores ganhos que o SUS traz a toda a sociedade é a universalização do acesso e a responsabilização do Estado em assegurar tal direito.

A instituição do SUS demanda a ampliação do conceito de saúde, ultrapassando a concepção de saúde que se sustenta a partir das questões, fundamentalmente, biológicas. Aponta, nesse sentido, para a melhoria nas condições de vida e de trabalho da população. Tem como um de seus objetivos “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e

³ Essa sigla significa Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

⁴ Essa sigla significa Centro Brasileiro de Estudos em Saúde.

⁵ Segundo Fleury (1994, p. 109-110), a cidadania regulada, refere-se à condição de inserção do indivíduo na estrutura produtiva. Reitera-se, assim, que o acesso à cidadania está condicionado a sua inserção ou não no mercado de trabalho.

das atividades preventivas”. (BRASIL, 1990, art. 5º, inciso III). Deve ter ações voltadas para vigilância sanitária; vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, assistência terapêutica integral e farmacêutica (BRASIL, 1990, art. 6º, inciso I).

A partir de então, as ações e serviços de saúde devem estar pautadas por uma perspectiva universal, atendendo a todos os cidadãos, uma lógica integral (abrangendo todos os níveis de baixa, média e alta complexidade), descentralizada, com vistas a aproximar-se da população, e hierarquizada (União, Estados e Municípios).

Na perspectiva dos deveres, o SUS deve preservar a autonomia dos usuários, atender com igualdade de assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios; fornecer o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre a saúde, democratizar as informações acerca dos serviços de saúde bem como a sua utilização, utilizar o resultado obtido na vigilância epidemiológica para estabelecer prioridades, alocação de recursos e a orientação programática e ser democrático, ou seja, deve assegurar o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos e inclusive da população. (BRASIL, 1990, art. 7º, incisos I-VIII). Neste ponto em especial, a Lei 8.142/1990 assegura a participação da população por intermédio dos conselhos de saúde⁶.

Outro aspecto importante do sistema proposto é a questão da participação do setor privado colocada de maneira complementar na Constituição Federal. Mas, até os dias atuais este ponto encontra-se em grande debate, pois, a complementariedade permitida na Constituição traz em cheque os debates em torno do processo de privatização da saúde pública.

Entretanto, o SUS enfrenta dificuldades para sua efetivação, conforme está em Lei, pois, a lógica de privatização da coisa pública foi introduzida no Brasil nos anos 1990, mais precisamente no governo de Collor de Mello⁷, e estendida e intensificada no período presidencial de Fernando Henrique

⁶ De acordo com a Resolução CNS n. 333, de 04 de novembro de 2003, as vagas para participação nos Conselhos de Saúde deverão ser distribuídas da seguinte forma: a) 50% de entidades de usuários; b) 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde; c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

⁷ Fernando Collor de Mello governou o país no período de 1990-1992 (WIKIPÉDIA, ENCICLOPÉDIA LIVRE, 2016).

Cardoso (FHC)⁸.

Entretanto, neste período, a classe trabalhadora teve uma grande conquista, a Constituição Federal de 1988, reconhecida como a Constituição cidadã, por ter universalizado e ampliado o acesso às políticas sociais.

Nesse contexto, no Brasil, foram introduzidos os processos de financierização e mundialização do capital, desencadeando novas formulações de política sociais e privatizações de setores estatais, que, por sua vez, trouxeram significativos impactos no mundo do trabalho (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 124).

Desta forma, o neoliberalismo tem como centralidade a redução do Estado, que passa a ser mínimo para as políticas sociais, com investimento máximo no âmbito econômico. Com isso, o Estado se ausenta da responsabilidade do desenvolvimento econômico e social, transferindo sua responsabilidade para as empresas privadas. A partir dessa ideologia, a sociedade civil passa a ser responsabilizada pela prestação dos serviços sociais públicos. Ao Estado cabe a atuação como o agente regulador das ações do mercado, garantido, assim, a sua efetivação (FUHRMANN, 2004, p. 120).

A afirmação da hegemonia desse projeto político no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

Quanto aos impactos no mundo do trabalho, tem-se a terceirização da força de trabalho por meio de contratos sem garantias trabalhistas, que erradica os direitos sociais, não tendo o empregado uma estabilidade, compondo um cenário de precarização do trabalho.

A revolução tecnológica corrobora para o crescimento do desemprego estrutural, a partir da substituição do trabalho humano (trabalho vivo) pelas máquinas (trabalho morto), acarretando o aumento do desemprego que atinge toda a sociedade (BEHRING e BOSCHETTI, 2011, p. 115-133).

⁸ Fernando Henrique Cardoso governou o Brasil por dois mandatos consecutivos, no período de 1995-2003 (WIKIPÉDIA, ENCICLOPÉDIA LIVRE, 2016).

De acordo com essas autoras (2011, p. 156), o poder estatal brasileiro segue a lógica do trinômio composto pela privatização, focalização e a descentralização⁹. Como resultado disto, a questão social é criminalizada e banalizada, as políticas sociais adquirirão um caráter restritivo, ao mesmo tempo em que se traduzem em ações pontuais e compensatórias.

A despolitização e naturalização da questão social e a intensificação da redução dos direitos sociais faz com que homens e mulheres pobres fossem culpabilizados pela situação em que se encontram.

Temos como exemplo, os usuários que adentram a unidade de saúde sem a documentação civil básica, onde são culpabilizados por alguns profissionais de saúde por não terem estes documentos em mãos. É disseminado o pensamento que é obrigação de cada um buscar os meios que estão disponíveis para realizar os devidos requerimentos.

Assim, o Estado é desresponsabilizado de prover condições de equidade por meio de políticas públicas para que todos tenham acesso aos diversos serviços sociais públicos.

O projeto de contrarreforma está desconstruindo este avanço. Com isso, a saúde como também diversas outras políticas setoriais, são atingidos por este sucateamento de pouco investimento por parte do Estado de garantir serviços de qualidade.

Especialmente no que tange a política de saúde, esta passa a ser alvo de grandes intervenções estatais, que, por sua vez, têm como premissa a desqualificação, precarização e, principalmente, a privatização deste setor.

De forma geral, o Estado intervém com poucas políticas de prevenção ou quando atua nesse âmbito, essas políticas são ineficazes, intervindo em maior escala em ações emergências que por si só não resolvem a problemática. Dessa forma, infringe, principalmente, o acesso universal e as ações de promoção, proteção e recuperação que o SUS prevê.

Essa conjuntura explicita a disputa, na saúde, de dois projetos políticos, ou seja, o projeto de *reforma sanitária* e o projeto *privatista*, que fora implementado a partir dos anos 1990.

Neste período de contrarreforma do Estado, o que se destaca são os

⁹ A descentralização, neste caso, não diz respeito a um princípio do SUS, e sim, a transferência de responsabilidade do Estado para o Terceiro Setor.

novos modelos de gestão, materializados por meio da criação das Organizações Sociais (OSs) e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP's), por exemplo, com o objetivo de privatizar e terceirizar os serviços de saúde, desconstruir a gestão única do SUS, desprofissionalizar os serviços; suprimir os servidores públicos e desorganizar o processo de trabalho em saúde. “Além da hierarquização dos serviços de saúde ficar comprometida na medida em que cada serviço terceirizado/privatizado tem em si a característica de autonomia em relação a administração pública e ao SUS” (REZENDE, 2008, p. 32).

A eleição de um candidato do Partido dos Trabalhadores (PT)¹⁰, em 2003, trouxe expectativas quanto aos rumos do Estado brasileiro. Esperava-se que os interesses da classe trabalhadora fossem priorizados. De modo especial, a expectativa na política de saúde girava em torno da retomada do projeto de Reforma Sanitária e da efetivação do Sistema Único de Saúde.

Contudo, as alianças que garantiram a chegada do então presidente Lula da Silva ao poder, bem como seus vínculos com o grande capital nacional e internacional ganharam visibilidade logo no seu primeiro mandato (2003-2006), caracterizando o não comprometimento com o projeto de *reforma sanitária*. (SOARES, 2012).

Bravo e Menezes (2011, p.15), ao analisarem a atuação do governo Lula, afirmam que “a política macroeconômica do antigo governo foi mantida [...] a concepção de seguridade social não foi valorizada, mantendo a segmentação das três políticas: saúde, assistência social e previdência social”, sempre de maneira a se subordinar à lógica do grande capital.

Desse modo, as tendências apresentadas no governo FHC não só estão longe de serem subvertidas, como também se intensificam em qualidade e amplitude durante o governo Lula da Silva, agora com uma nova característica: atuando em favor dos interesses do capital, mas apresentando as estratégias de ação em saúde como se fossem atuações que visassem à continuidade do projeto da Reforma Sanitária.

¹⁰ O governo Lula teve dois mandatos que duraram de 2003 a 2011 (WIKIPÉDIA, ENCICLOPÉDIA LIVRE 2016).

Em 2007, em seu segundo mandato, o governo Lula, apresenta ao legislativo uma nova etapa do processo de contrarreforma, dando continuidade aos processos iniciados nos governos anteriores. Trata-se de um novo projeto de lei¹¹ que propõe as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP's) para a gestão e provisão dos serviços de saúde, redefinindo, mais uma vez, os rumos da gestão pública.

A partir destas questões, o que se percebeu nos dois mandatos é uma disputa entre os dois projetos de saúde que já existiam nos anos 1990. O que se quer dizer é que, algumas propostas do Governo Federal procuraram dar ênfase ao Projeto da Reforma Sanitária dos anos 1980, porém, a viabilização dessas propostas se tornavam inviáveis devido à falta de interesse político e de financiamento.

Nesse sentido, o que prevaleceu foi a continuidade de políticas focalizadas e a universalização ainda excludente, posto que a Seguridade Social ainda não foi, mais uma vez, assumida pelo Poder Público, que está cada vez mais articulado com o mercado.

A abertura comercial do setor público e dos serviços para o setor privado, as contrarreformas, a exemplo da Previdência Social no ano de 2003 e as políticas públicas focalizadas foram importantes características do governo Lula, que demonstram, explicitamente, o não rompimento com a política neoliberal de consolidação do grande capital no país. Além disso, as políticas sociais são elaboradas e executadas para responder as demandas imediatas. Políticas essas que reforçam e naturalizam a subalternização da população.

Neste sentido, Dilma Rousseff é eleita presidente no ano de 2011. Logo em seu primeiro mandato, o movimento que vem se consolidando para a gestão da saúde é o da parceria entre o setor público com o setor privado por meio, por exemplo, das OSs, das OSCIP's, as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP's) e, mais recentemente, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) junto aos Hospitais Universitários (HU's) federais.

¹¹ Trata-se do Projeto de Lei (PL) n. 92/2007, que regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, definindo as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Esse PL estabelece que o Poder Público poderá instituir fundação estatal, sem fins lucrativos, nas áreas de atuação que especifica.

Estas parcerias, de acordo com a Constituição Federal de 1988, deveriam acontecer de maneira complementar. Todavia, o que se vem notando é que se tratam de parcerias materializadas pela via da gestão total das unidades de saúde, por estas “novas formas de gestão” e não pelo princípio da complementariedade, já que o art. 196 da Constituição Federal assegura o direito à saúde como dever do Estado.

Sendo assim, o que vem ocorrendo é a desresponsabilização do Estado em relação à prestação deste serviço à população, que repassa a gestão das unidades de saúde, tanto de atendimento primário quanto as demais - secundário e terciário -, para o setor privado.

Atualmente, no segundo mandato de Dilma Rousseff (2015-2018), analisa-se a permanência da desigualdade de acesso da população ao serviço de saúde com a não concretização da universalidade, o modelo de atenção à saúde centrado na doença e a continuidade da precarização dos serviços públicos e o não privilegiamento da atenção primária de saúde (BRAVO; MENEZES, 2011, p. 23).

Para intensificar tal contexto, neste ano, o Governo Federal, devido à crise do capitalismo contemporâneo, sob domínio do capital financeiro, adota o ajuste fiscal com cortes de recursos significativos para a saúde e com o incentivo a iniciativa privada. Nessa lógica, destaca-se que

em janeiro de 2015 foi aprovado no Congresso Nacional a Lei nº 13.097/2015, que dentre outros aspectos, promove a abertura da saúde para o capital estrangeiro. De acordo com essa medida provisória, empresas e capitais estrangeiros poderão instalar, operar ou explorar hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas. Também poderão atuar em ações e pesquisas de planejamento familiar, e serviços de saúde exclusivo para atendimento de funcionários de empresas. Atualmente, a presença do capital externo já existe em outras áreas da saúde, a exemplo dos planos e seguros de saúde, e de farmácias. Essa nova Lei Orgânica da saúde (nº 8.080/90), que originalmente proíbe os investimentos estrangeiros no setor, e fere também a Constituição Federal de 1988, em seu artigo nº 199. (MENDES, 2015, p. 15).

De modo particular no ano de 2015, o Estado do Rio de Janeiro enfrenta uma intensa crise financeira na saúde pública, onde o governo estadual alega não ter verba suficiente para quitar débito com os fornecedores, justificando que tais dificuldades financeiras são oriundas pela forte desaceleração da economia brasileira, devido à queda nos preços do petróleo e a diminuição da

receita que era oriunda dos royalties do petróleo (FOLHA DE SÃO PAULO, 2015).

Tal crise se apresenta no cotidiano da saúde, fundamentalmente nos Hospitais Universitários (HU's) do estado do Rio de Janeiro que possuem serviços de emergência, por meio da ausência de fornecimento de materiais básicos, a exemplo de algodão, luvas e esparadrapos. Esta “falta de verba” também afetou vinte e quatro (24) Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) e hospitais geridos pelo Governo do Estado, que fecharam parcial ou totalmente. O Hospital Estadual Albert Schweitzer (HEAS) , localizado no bairro de Realengo – na cidade do Rio de Janeiro -, o Hospital da Mulher Heloneida Stuart, localizado no município de São João de Meriti, e o Hospital Estadual Getúlio Vargas (HEGV) fecharam as suas unidades por não terem condições mínimas de trabalho.

Ainda nesse contexto, estudantes da UERJ e residentes do HUPE tiveram atrasos no recebimento em suas bolsas, os servidores públicos estaduais do Rio de Janeiro tiveram os seus salários parcelados, bem como os trabalhadores com vínculo terceirizado ficaram com atraso no recebimento de seus salários regulares e décimo terceiro salários.

Não somente os hospitais estaduais estão em colapso, mas também unidades municipais estão funcionando em condições precarizadas (RESENDE, 2015).

Contudo, o governo do Estado utiliza como estratégia para enfrentar a crise a municipalização do HEAS e do Hospital Estadual Rocha Faria (HERF) alegando que desta forma terá a possibilidade de aplicar recursos em outras unidades de saúde.

As incertezas dessa crise continuam a se intensificar e os pontos de interrogação são permanentes, pois, a cada mês é uma surpresa para todos os profissionais que atuam na saúde no Estado do Rio de Janeiro, principalmente no que tange ao recebimento dos salários e bolsas.

O governo estadual alega não ter verba suficiente para investir na saúde, mas, sabe-se o que o Governo denomina de crise é, na essência, um projeto político que há tempos vivenciamos. Um dos problemas é a não prioridade da saúde por parte do governo federal, estadual e municipal, quando o objetivo maior é a entrega da saúde à iniciativa privada. De modo particular

no Estado do Rio de Janeiro, esse processo já se iniciou via Organização Social tanto na rede de saúde estadual como na rede municipal da cidade do Rio de Janeiro. Esse processo caminha para os HU's federais, a exemplo do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG)¹², que via contrato com a EBSEH aderiu à privatização.

Contudo, atualmente, vê-se a divulgação pelas mídias de massa de denúncias, envolvendo as Organizações Sociais que atuam na gestão de UPAS's e hospitais. Dentre essas denúncias, ressalta-se a feita pelo Tribunal de Contas do Município (TCM) do Rio de Janeiro, que aponta irregularidades por parte dessas empresas, como por exemplo, medicamentos e oxigênios com os seus valores alterados, contratação de serviços de parentes e até duplicidade de notas fiscais nas contratações. Deste modo, o TCM também denuncia que dos doze (12) contratos realizados por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com nove (09) OS's, se tem uma perda em torno de R\$ 80 milhões para os cofres públicos. (JORNAL EXTRA, 2016)

Deste modo, o Governo continua a fortalecer e intensificar a política neoliberal, com sucessivos cortes de gastos das políticas sociais, de modo geral, e na saúde, em especial, e fortalece as iniciativas privadas. A população continua com os mesmos enfrentamentos, que são, em tese, *velhos conhecidos*, quais sejam: filas frequentes nos serviços de saúde, falta de leitos hospitalares, escassez de recursos financeiros, materiais e humanos, atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados e denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde (POLIGNANO, 2001, p. 01).

Desta forma, a população usuária deste serviço é tratada em condições desumanas, sofrendo diversas violações, já que a saúde de acordo com a Carta Magna é reconhecida como um direito social fundamental. Mas, quando isso não é respeitado, é violado um direito fundamental para ser viver em sociedade. Quando este acesso não é estendido a toda população de modo

¹² Tal adesão se deu sem a aprovação do Conselho Universitário da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), “em mais uma demonstração de falta de democracia e de afronta à autonomia universitária.” (ANDES-SN, 2015), caracterizando um golpe da reitoria da universidade e da direção do HUGG contra a comunidade acadêmica, nos termos da Associação dos Docentes da UNIRIO (ADUNIRIO) (Ibid).

igualitário, a ampliação destes direitos em prol da emancipação humana também não é considerado.

Portanto, na conjuntura atual, o acesso universal a saúde não é consolidado e respeitado assim como a concepção de saúde não é defendida, pois, continua o modelo de atenção com foco na doença, não obedecendo ao conceito da saúde ampliado, conforme o SUS estabelece.

Por conseguinte, para obter melhor entendimento, no item a seguir será problematizada a concepção de saúde, como também será discutido sobre a categoria *acesso* na área da saúde.

1.2 Conceito ampliado sobre a categoria *acesso* no âmbito do SUS

Primeiramente, é relevante enfatizar, conforme já fora citada no item anterior, que antes da Constituição Federal de 1988 o acesso à saúde se dava de modo desigual. Foi apenas com a promulgação deste aparato legal que passou a ser dever do Estado garantir o acesso universal.

Segundo Assis e Jesus (2012, p. 2866), a categoria *acesso* é um conceito complexo. Muitas vezes, é problematizado de forma imprecisa e com pouca clareza. A terminologia é mutável com diversas abordagens e tem sofrido alterações conforme o contexto histórico.

Ao discutir *acesso*, parte da literatura da saúde o associa à noção de *acessibilidade* que, neste caso, pode ser definida como “mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar. Refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários.” (TRAVASSOS; MARTINS, 2004, p. 191).

A proximidade geográfica entre o usuário e o serviço de que este necessita ou procura; o custo material e financeiro para se chegar ao serviço; os meios de locomoção que possibilitarão o trajeto de ida e volta do cidadão ao posto de saúde, hospital e laboratórios; onde, como e de que maneiras será possível dar continuidade a um tratamento iniciado e referenciado, no sentido de integralização da rede de serviços de saúde em todos os seus níveis são algumas das questões a se pensar quando se busca compreender e objetivar o

acesso universal à atenção à saúde, tal como preconizado no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Logo, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) reitera o texto constitucional e define o acesso à saúde pública brasileira enquanto universal e direito de todo e qualquer cidadão, sem discriminação em relação a sua raça, situação financeira ou gênero, ou ainda sem a necessidade de contribuição financeira prévia.

Contudo, se faz necessário compreender que este modelo deve incluir a perspectiva de atenção integral às necessidades da população. A isso se define como Determinantes Sociais de Saúde (DSS).¹³

Neste sentido, a própria legislação ratifica tal concepção ao expressar que a saúde tem “como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 1990, art. 3º).

Rompe-se, assim, com o conceito de saúde centrado somente na ausência de doença e amplia-se a perspectiva de que o acesso universal à saúde perpassa diversos fatores econômicos, políticos e sociais, ou seja, é o resultado das formas de organização social e econômica do país, as quais geram impactos na vida da população.

Este acesso universal remete-se também a fatores como a participação e o controle social, a equidade¹⁴, a coerência dos serviços com as necessidades da população, as estratégias, as táticas, a alocação de recursos e a autonomia do usuário (ASSIS e JESUS, 2012, p. 2866).

Esses autores (2012, p. 2866) categorizam o *acesso universal* como um conceito multidimensional, de modo que este extrapola a dimensão geográfica, passando a englobar outras características, tais como, condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo, aspectos culturais, educacionais e o aspecto funcional, avaliado pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.

¹³ Os DSS compreendem os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam no processo saúde-doença (BUSS e FILHO, 2007, p. 88).

¹⁴ Equidade em saúde é compreendida como diretriz de organizar ações e serviços de saúde distintos e direcionados para grupos populacionais desiguais socialmente, com forte traço de “discriminação positiva” para superar estas desigualdades injustas por meio da formulação e implementação de determinadas ações (ASSIS e JESUS, 2012, p. 2870).

No que diz respeito às características relevantes a compreensão das multideterminações que perpassam o acesso universal, Assis e Jesus (2012, p. 2866) destacam aspectos culturais, educacionais e aqueles relacionados ao poder aquisitivo. Por poder aquisitivo, entendem-se as questões relativas aos gastos do usuário com o serviço. Os aspectos culturais e educacionais referem-se às questões relativas a aceitação e legitimação de normas e técnicas adequadas aos hábitos da população.

A universalidade a que se refere é garantida em lei, entretanto, é reinterpretada, na prática, não como uma universalidade inclusiva, como direito de cidadania, porém, como uma universalidade excludente em oferta de serviços limitantes e de baixa resolutividade. Tem-se como exemplo o Sistema de Regulação de Vagas (SISREG). Um sistema implantado pelo Governo Federal no âmbito do SUS, que deveria facilitar o acesso, mas, não funciona de forma efetiva, pois, dificulta o acesso dos usuários as redes de saúde em seus diferentes níveis de complexidade.

Esse sistema é disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando um maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS, 2016).

De modo muito geral, é possível apontar aqui algumas questões referentes a este sistema, que se traduzem em situações que são vivenciadas no cotidiano profissional no HUPE, mas que precisam ser mais bem problematizadas em outro momento.

A implantação deste sistema trouxe à realidade do HUPE, dentre outras, as seguintes situações relativas aos usuários:

- não são comunicados com antecedência ou mesmo não são informados sobre as marcações das consultas;
- são direcionados para consultas não condizentes com os seus diagnósticos clínicos ou quando chegam às unidades de saúde acontece de não constar o agendamento;
- aqueles, que por vezes, são acompanhados em uma determinada unidade de saúde, ao necessitar realizar algum procedimento, independentemente dessa unidade de saúde ofertar o serviço, são obrigados a se cadastrarem no SISREG, podendo este ser encaminhado para outra unidade de saúde;

- quando cadastrados neste sistema, podem ser encaminhados para unidades distantes de sua residência.

Ressalta-se, também, como um nó crítico presente na realidade atual do HUPE, a partir da implantação do SISREG o fato das vagas que constam no sistema para as diversas especialidades clínicas não serem preenchidas, ficando ociosas.

Observamos, então, a inexistência da falta de informações sobre o sistema supracitado dentre os próprios trabalhadores do Hospital, já que muitas das decisões da gestão que operacionaliza este sistema não são socializadas dentro da unidade ao mesmo tempo em que os trabalhadores que o operam não são qualificados para a realização de tal atividade, compreendendo-a na sua totalidade, para além do manejo de um *software*, ou seja, de um conjunto de componentes lógicos de um sistema de processamento de dados, que funciona com navegadores¹⁵ instalados em computadores conectados à *internet*.

Referente ao conceito de *acesso*, recorremos a Assis e Jesus (2012, p. 2868), que a fim de categorizar e analisar o acesso à saúde fazem uso de quatro dimensões na busca de conciliar referenciais teóricos e conceituais. São elas a dimensão econômica, dimensão técnica, dimensão política e a dimensão simbólica.

A dimensão econômica refere-se à relação entre oferta e demanda e aos empecilhos e viabilidades encontradas pelo usuário nas maneiras e custo para obter o atendimento desejado. Compreende também o deslocamento até as unidades de saúde, a obtenção de medicamentos e realização de procedimentos, permitidos pela sua condição social no momento.

A dimensão técnica é relativa à planificação e organização da rede de serviços. Entende-se que a rede de serviços, neste sentido, deve:

- ser *regionalizada*, com uma disponibilidade de unidades prioritariamente no entorno do local de trabalho e moradia da população, levando-se em conta as condições e tipos de transporte;

¹⁵ A exemplo da Internet Explorer e do Mozilla Firefox.

- ser *hierarquizada*, levando em conta os diferentes níveis de complexidade, bem como equipamentos e recursos necessários a garantia da maior resolubilidade possível;
- ter *eficiência administrativa*, a fim de facilitar o atendimento das demandas por meio da distribuição da oferta de serviços condizentes com a maior capacidade de utilização pela população;
- *viabilizar informações*, de modo que aos usuários obtenham maior conhecimento possível acerca dos serviços existentes e os procedimentos para sua utilização;
- ter um *sistema baseado nos princípios de referência e contrarreferência*, para que seja viável agilizar e otimizar o trânsito dos usuários nos diferentes níveis do sistema de saúde.

A dimensão política refere-se ao desenvolvimento da consciência sanitária e da organização popular por meio da participação cidadã, na gestão e no controle social.

Já a dimensão simbólica se refere ao modelo das representações sociais que envolvem a compreensão dos processos saúde-doença, cultura, crenças e valores de sujeitos e grupos sociais que vivem em diferentes territórios nas áreas onde os serviços se organizam para oferta atenção.

Para Garcia (2013, p. 22), as diferentes dimensões sugerem, portanto, que o acesso representa o nível de ajuste entre os serviços de saúde e a população, podendo ser esse nível representado por três abordagens, a saber:

- a) a disponibilidade caracterizada pelos fatores de um serviço específico ao alcance do usuário;
- b) a acessibilidade da população referente aos custos diretos e indiretos dos cuidados em saúde; e, por fim,
- c) a aceitabilidade do serviço no que diz respeito a seus aspectos subjetivo, social e cultural, como por exemplo, o grau em que um determinado serviço é culturalmente seguro e legitimado.

Para tal, entende-se a importância da disseminação da informação como essencial, para que um potencial acesso transforme-se em uso dos serviços de fato.

Ao compreender a categoria acesso como acessibilidade, recorreremos à concepção de totalidade, pensada a partir da integralidade entre as diversas

políticas setoriais e destas com a política de saúde. Reitera-se, assim, que o acesso à saúde deve ser compreendido no seu sentido ampliado, levando em conta diversas outras necessidades que interferem no processo saúde-doença, conforme já fora citado.

Sustenta-se, então, a articulação entre as quatro dimensões supracitadas, com vistas a garantir o acesso integral e universal, caso contrário, o que se configura é um acesso seletivo e fragmentado.

É nessa perspectiva que compreendemos o objeto de estudo proposto nesta pesquisa - o acesso à documentação civil básica -, que também é de suma importância para garantir o acesso integral à saúde.

Há de se considerar que o acesso à saúde não pode se negado devido à ausência de documentação, contudo, não é o que, de fato, se vê, além de fazer com que o usuário enfrente entraves para ter acesso a outros direitos sociais, que inviabilizam o tratamento de saúde.

Sendo assim, o acesso universal como prevê o SUS fica fragmentado devido ao não acesso a uns dos direitos fundamentais garantidos na Carta Magna, que é o acesso à documentação civil básica, que se constitui como um direito humano. Logo, tal questão será problematizada posteriormente.

Portanto, garantir e viabilizar o acesso conforma um processo complexo e continuado, que deve sempre levar em conta as demandas particulares e gerais da população.

A partir das considerações sobre a categoria acesso, o item a seguir abordará, de forma bastante objetiva, o histórico do HUPE, por considerar relevante situarmos a instituição em que a pesquisa foi realizada.

1.3 Algumas considerações sobre histórico da trajetória do Hospital Universitário Pedro Ernesto e da UDA de Nefrologia

O HUPE¹⁶ foi inaugurado no ano de 1950, compondo parte da rede hospitalar da Secretária de Saúde do Distrito Federal. Em 1962, tornou-se

¹⁶ O HUPE localiza-se no Boulevard 28 de setembro, nº 77, no bairro de Vila Isabel, cidade do Rio de Janeiro. A unidade faz parte da rede de serviços da Coordenadoria de Saúde da Área Programática 2.2 (A.P 2.2), que abrange os bairros de Vila Isabel, Grajaú, Andaraí, Maracanã, Tijuca, Rio Comprido, Praça da Bandeira, Usina e Muda (HUPE, 2016).

hospital-escola da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado da Guanabara (UEG), que atualmente é a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (HUPE, 2016).

Em 1965, foi incorporado à UERJ como Hospital das Clínicas. Até aquele momento, suas atividades contemplavam, exclusivamente, as questões acadêmicas de ensino e pesquisa, com o acompanhamento e estudo de raridades clínicas e doenças em estágio final de evolução (Ibid).

Em 1975, o hospital passou por mudanças significativas e tornou-se um hospital de atendimento geral, em decorrência do convênio firmado com o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), adequando-se, assim, às necessidades da população mais desfavorecida no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde (Ibid).

Devido à qualidade dos profissionais e aos meios sofisticados de diagnóstico e tratamento que foram desde então oferecidos, transformou-se em um dos maiores complexos docentes-assistenciais no âmbito da saúde, sendo hoje, apesar da crise que vive, referência numa série de especialidades e importante núcleo em âmbito nacional de formação de trabalhadores de saúde, onde há mais de 60 (sessenta) especialidades. Desta forma, ao longo do tempo, o ensino e pesquisa passaram a integrar as atividades estratégicas do Hospital, como também a prestação de assistência integrada, humanizada e de excelência à saúde, por meio do ensino pesquisa e extensão.

O HUPE, nos anos 1980, inova ao introduzir no Estado do Rio de Janeiro, a primeira Clínica da Dor, no qual diversas categorias profissionais desenvolvem e aplicam, desde então, técnicas de combate e eliminação de dores crônicas das mais diversas origens (HUPE, 2015). Ainda neste período, iniciaram-se as atividades da Clínica de Hipertensão do Laboratório de Fisiopatologia Clínica Experimental (CLINEX) que atende hipertensos, obesos, diabéticos e dislipidêmicos, com enfoque interdisciplinar, cujo objetivo é a busca pelo diagnóstico precoce dessas doenças e suas consequências cardiovasculares (Ibid).

No ano de 1990, com a implementação do SUS, o HUPE passa a ter em suas atribuições o desenvolvimento de tecnologias e pesquisas que favoreçam tanto a capacitação de recursos humanos, como o enfrentamento de patologias de alta complexidade (Ibid).

Para tanto, é importante ratificar que o HUPE é uma unidade pública, vinculada ao sistema público de saúde brasileiro, responsável por atendimentos de média e alta complexidade em saúde. Referência também ao nível nacional, essa unidade de saúde constitui-se no HU da UERJ, partícipe do Complexo de Saúde dessa universidade, disponibilizando atendimentos nos níveis terciário e quaternário.

O HUPE encontra-se inserido no sistema de referência e contrarreferência para as atividades assistenciais garantidas pelo SUS e habilitadas pelo Ministério da Saúde brasileiro. Como já sinalizado no item 1.2 desse trabalho, atualmente, tal sistema de referência e contrarreferência é materializado via Sistema de Regulação de Vagas (NUNES, 2015, p. 48).

Esta instituição de saúde constitui-se hoje como unidade de referência no tratamento de pessoas com doença renal crônica (DRC) no estado do Rio de Janeiro. Atualmente, é um dos 20 hospitais da rede de serviços de saúde do estado habilitados pelo Ministério da Saúde para realização do transplante renal. Foi pioneiro na realização de transplante renal de doador falecido, em 1968 (HUPE, 2016). Teve seu programa de transplante regulamentado a partir de 1975 (Ibid).

A UDA de Nefrologia do HUPE possui todas as modalidades de tratamento da doença reconhecidas pelo Ministério da Saúde brasileiro, que compreende o ambulatório de tratamento conservador (Consulta Especializada em Nefrologia) e todas as modalidades de Terapias Renais Substitutivas (TRS), que compreende o programa de diálise peritoneal, a hemodiálise e o transplante renal, nos termos da portaria do Ministério da Saúde nº 389, de 13 de março de 2014, que “define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico” (NUNES, 2015, p. 49).

Foi neste cenário de prática, a partir da nossa inserção na equipe multiprofissional da UDA de Nefrologia na condição de residente de Serviço

Social, que nos deparamos com as questões referentes ao acesso a documentação civil básica dos usuários. A equipe multiprofissional a que nos referimos tem sua configuração indicada nas Tabelas 1 e 2, dispostas a seguir.

Tabela 1 – Equipe Multiprofissional da UDA de Nefrologia do HUPE organizada por categoria e vínculo - Julho / 2014

Categorias Profissionais	Staff	Professor	Residente	TPB	TP	Especializando	Estagiário	Total
Enfermagem	08	-	09	08	-	-	-	25
Nefrologia	18	07	11	-	-	-	-	36
Nutrição	01	02	02	-	01	-	-	06
Psicologia	01	-	-	-	-	01	-	02
Serviço Social	01	-	04	-	-	-	02	02
Total de Profissionais	29	09	26	08	01	01	02	71

Fonte: A autora, 2016.

Ao demonstrar as categorias profissionais envolvidas na atenção às pessoas com doença renal crônica atendidas no HUPE, a Tabela 1 também demonstra o quantitativo de trabalhadores com vínculos precarizados.

Tabela 2 – Equipe Multiprofissional da UDA de Nefrologia do HUPE organizada por categoria e vínculo - Janeiro / 2016

Categorias Profissionais	Staff	Professor	Residente	Total
Enfermagem	09	02	09	20
Nefrologia	23	05	12	40
Nutrição	01	02	01	04
Serviço Social	01	-	03	04
Total de Profissionais	34	09	25	68

Fonte: A autora, 2016.

Por outro lado, a Tabela 2 indica uma recomposição da equipe multiprofissional que atua, atualmente, na UDA de Nefrologia, e que permanece com um número total aproximado ao de profissionais envolvidos em 2014, diferentemente da realidade de sucateamento do Hospital.

Os dados coletados por essa pesquisa demonstram uma tendência de preocupação da gestão dos serviços e do Hospital com qualificação do trabalho prestado ao levar para a área mais profissionais do quadro efetivo, com destaque para a presença de professores das unidades acadêmicas correspondentes ao serviço.

É essa equipe que trabalhará com as questões colocadas processo de cronificação da doença renal. Assim, de acordo com a concepção clínica, a DRC implica em

uma perda lenta, progressiva e irreversível da função dos rins. Sua caracterização é feita a partir da fase compreendida entre 01 a 04, cujo atendimento é feito no serviço ambulatorial especializado em DRC de média complexidade, e da fase 05, cujo atendimento é feito na alta complexidade, em que se incluem as Terapias Renais Substitutivas. Determinada socialmente tanto por doenças de base como pelas condições de vida e trabalho, a DRC pode ser entendida como uma das expressões da questão social e, por isso, uma questão de saúde pública. (SOUZA e etal, 2015, p. 17).

A indicação desses diferentes tipos de assistência será determinada pelo desenvolvimento da doença renal. Quando o usuário que possui a doença renal

crônica ainda não está em tratamento dialítico, o acompanhamento ambulatorial em Nefrologia pode retardar ou procurar evitar que o usuário perca a função total dos rins. Daí a compreensão da necessidade do *tratamento conservador*, ou seja, das *consultas ambulatoriais especializadas em nefrologia*. O usuário inserido neste ambulatório demanda também o controle de sua doença de base, geralmente, a hipertensão arterial e o diabetes mellitus.

Na fase avançada da doença, o usuário tem como recurso o tratamento realizado por meio das Terapias Renais Substitutivas. Uma delas é o transplante renal. E duas dessas terapias são compostas por mais duas modalidades de tratamento que são: as realizadas por máquinas (a hemodiálise e a diálise peritoneal), que foram desenvolvidas de acordo com o processo de automação e que possuem a capacidade de realizar parcialmente a função renal, retirando as toxinas acumuladas pela perda das funções dos rins.

Todavia, apesar do HUPE ser considerado um centro de excelência na área da saúde, a exemplo a UDA de Nefrologia, que dispõe de um corpo de profissionais das diversas áreas do saber com reconhecimento nacional e internacional¹⁷, este enfrenta sérios desafios devido ao contexto de privatização da saúde pública. Conseqüentemente, encara o cenário de precarização e sucateamento, que, em geral, antecede as medidas de privatização via gestão. Tal cenário envolve desde o insuficiente quadro de trabalhadores de saúde, equipamentos e insumos até as condições de infraestruturas inadequadas¹⁸ para se desenvolver o trabalho coletivo e a assistência em saúde.

No ano de 2015, se intensificou o quadro de sucateamento no HUPE, onde profissionais contratados, terceirizados e residentes ficaram sem receber seus respectivos salários e bolsas, como já sinalizado no item 1.1 desse trabalho, além da escassez de medicamentos básicos, dos demais diversos materiais de trabalho,

¹⁷ No ano de 2012, o HUPE foi atingido por um incêndio que, de acordo com a reportagem veiculada no Jornal O Dia, no dia 04 de julho de 2012, iniciou no almoxarifado do prédio anexo à unidade, porém, as causas não foram esclarecidas.

Este incêndio atingiu diversas especialidades em diferentes andares, bem como os espaços da UDA da Nefrologia. Desta forma, tanto a enfermaria quanto a hemodiálise tiveram que ser alocadas para outro andar. O que era provisório, permaneceu durante dezoito (18) meses. Somente no ano de 2014 a UDA de Nefrologia reinaugurou sua enfermaria.

¹⁸ Após dois (2) meses de inauguração, o Centro Cirúrgico do HUPE, foi inundado devido a uma forte chuva, em janeiro de 2016. Cabe dizer que tal obra levou oito (8) anos para ser concluída (AMIN, 2016). Na semana seguinte também aconteceu o desabamento de parte do teto da portaria da internação, inaugurada em 2015, depois de quase dois (2) anos em obras.

higiene e insumos, resultando assim, no fechamento de alguns setores e enfermarias.

Em virtude desse contexto, os residentes das áreas de saúde do HUPE, que envolvem o Serviço Social, Medicina, a Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia, Nutrição, Fonoaudiologia e Saúde do Idoso se organizaram política e coletivamente em defesa da saúde pública. Essas mobilizações¹⁹ foram marcadas por assembleias, paralisações, atos e reuniões com diversas instâncias governamentais na busca de enfrentamento a crise que se instaurou na rede de saúde do Estado do Rio de Janeiro, de modo particular, nos hospitais universitários.

Em função de todos estes entraves, a luta continua em prol de um serviço de saúde de qualidade, com condições dignas de trabalho para todos os profissionais que compõe a saúde pública, especialmente, no HUPE, pois se trata de um campo de excelência em aprendizados, que possibilita aos trabalhadores de diversas áreas o conhecimento acerca das possibilidades e dos limites do trabalho coletivo requerido pelo Sistema Único de Saúde.

¹⁹ Algumas das ações realizadas por este movimento foram:

- na data 02/12/2015, a assembleia Geral dos Residentes do HUPE e o ato unificado com os estudantes de Medicina. Nesse dia também aconteceu a reunião com o secretário Gustavo Tutuca e com o Diretor Geral de Finanças Gabriel Neves, ambos da Secretária de Ciência, Tecnologia e Inovação, além da reunião com Adolfo Monerat, Chefe de Gabinete do Governo do Estado do Rio de Janeiro;
- na data 03/12/2015, foi realizado um ato público e a ocupação da entrada da Secretaria de Estado de Fazenda do Rio de Janeiro, que culminou na reunião com a Subsecretária de Finanças;
- na data 09/12/2015, foi realizada a Audiência Pública da Comissão de Educação da UERJ, onde estiveram presentes residentes, docentes, estudantes e servidores técnico-administrativos da UERJ e do Hospital (COMUNIDADE HUPE RESISTE, 2016).

2 – A RELAÇÃO ENTRE O PROJETO ÉTICO POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL E A DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS

Nesse capítulo, pretende-se discutir a relação projeto ético político do Serviço Social com os Direitos Humanos, a partir do preconizado pelo Código de Ética dos/as Assistentes Sociais (CFESS, 1993).

Para isso, recorreremos a um resgate histórico, de modo ainda que breve, a respeito do processo de renovação do Serviço Social e de construção do projeto profissional, atualmente, hegemônico na literatura e nas entidades da categoria, pois são as bases da relação com a defesa dos direitos humanos.

Os direitos humanos serão aqui discutidos a partir dos seus aspectos históricos, considerando a construção dos diversos aparatos legais que se constituíram ao longo do tempo em defesa destes direitos e de modo particular, no Brasil.

Por fim, serão abordadas as particularidades da atuação do Serviço Social na UDA de Nefrologia e os entraves colocados a esta equipe profissional para efetivar tal posicionamento em seu cotidiano de trabalho.

2.1- Sucintas análises a respeito do Processo de Renovação do Serviço Social

O marco inicial do movimento de Reconceituação emerge no I seminário Regional Latino-Americano de Serviço Social²⁰, onde o cenário político e econômico passava por tensionamentos das estruturas sociais do mundo capitalista, visto que este sistema sofreu neste contexto crises e abalos. Este quadro gerou um momento favorável para mobilização das classes trabalhadoras, pois, colocou em questão a racionalidade do Estado Burguês e conseqüentemente as suas instituições.

Neste marco, assistentes sociais inquietos e dispostos à renovação indagaram-se sobre o papel da profissão em face de expressões concretamente situadas da “questão social”, sobre a adequação dos procedimentos profissionais tradicionais em face das nossas realidades regionais e nacionais, sobre a eficácia das ações profissionais, sobre a pertinência de seus fundamentos pretensamente teóricos e sobre o relacionamento da profissão com os novos protagonistas que surgiram na cena político-social. (NETTO, 2005, p. 09) (grifos originais).

²⁰ Este seminário fora realizado no ano de 1965 em Porto Alegre, no qual teve a presença de brasileiros Uruguai e Argentina. Este movimento se desenvolveu até meados de década de 1970, mas devido ao cenário ditatorial implantadas na América Latina, em oposição aos movimentos democráticos, foram impedidos politicamente de prosseguir, já que também se contestava a dominação burguesa. (NETTO, p. 09, 2005)

Este movimento do Cone Sul emergiu em 1965 e se esgotou por volta de 1975, quando se buscava a ruptura com o tradicionalismo profissional, com o objetivo de lutar por transformações na estrutura capitalista. Neste momento, as bases tradicionais do Serviço Social latino-americano passaram a ser discutidas criticamente.

De acordo com Netto (2005, p. 11-12), este cenário trouxe algumas conquistas, como por exemplo, a articulação de uma nova concepção da unidade latino-americana, proporcionando o intercâmbio entre os países, a explicitação da dimensão política da ação profissional, que antes era suplantada pelo conservadorismo da profissão, a interlocução crítica com as ciências sociais e, particularmente, com a perspectiva marxista, e a inauguração do pluralismo profissional, que possibilitou a percepção de diferentes concepções sobre a natureza, objeto, funções, objetivos e práticas do Serviço Social.

A principal conquista da reconceituação é a recusa do assistente social em se situar apenas como agente executivo de políticas sociais, no qual este passou a atuar em atividades de planejamento e gestão.

O movimento de reconceituação ocorreu no contexto latino americano e teve reflexos no Serviço Social brasileiro a partir dos anos 1960, com o intuito de contestar a vertente tradicional da profissão.

Há de se considerar que até metade dos anos 1960, o Serviço Social no Brasil não colocava em xeque a problematização sobre a sua intervenção a partir de uma perspectiva crítica. Com o advindo da laicização do Serviço Social²¹, este também contribuiu para este cenário passa a ser repensado. (NETTO, p. 128, 1991).

No que se refere à renovação do Serviço Social, este foi um processo interno brasileiro onde, primeiramente, é relevante situar o quadro político do país, onde o Brasil no ano de 1964, sofre o golpe militar com a implantação da ditadura militar.

Bastos (2013, p. 373), ao se apropriar de Netto (1991), afirma que a expressão do processo de renovação do Serviço Social se constitui por três direcionamentos para o exercício profissional do assistente social com visões de mundo e fundamentação teóricas distintas, a saber: a *perspectiva modernizadora*, a *reatualização do conservadorismo* e a *intenção de ruptura*.

²¹ Ainda que o autor faça referência que o processo de laicização profissional se deu por volta de 1960, ainda hoje a profissão convive com práticas que atingem a laicidade do Estado.

A *perspectiva modernizadora* constitui a primeira expressão do processo de renovação do Serviço Social. Esta vertente incorpora abordagens funcionalistas, estruturalistas. Ela se explicita nos Seminários de Teorização de Araxá²² e Teresópolis²³, reafirmando o objetivo por essa tendência defendido que é adequar o Serviço Social às tendências políticas e contribuir com a ordem sociopolítica instituída com a Ditadura Militar. Dessa forma, o lastro conservador não foi erradicado do Serviço Social pela perspectiva modernizadora, ao contrário, se reafirma (ibid, p. 202).

A reatualização do conservadorismo tem como marco o Seminário de Sumaré²⁴, que com inspiração fenomenológica, prioriza as concepções de pessoa, diálogo e transformação social dos sujeitos, sendo desta maneira, uma forma de reatualizar o conservadorismo que esteve presente no pensamento inicial da profissão.

No que se refere à vertente denominada por Netto (1991) como intenção de ruptura, esta apresenta um direcionamento diferenciado das demais.

A perspectiva renovadora que, à falta de melhor designação, chamamos de intenção de ruptura experimentou um desenvolvimento diverso daquele que registramos nas vertentes examinadas. Emergindo no quadro da estrutura universitária brasileira na primeira metade dos anos setenta - sua formulação inicial, e aliás a mais abrangente, tem por cenário a Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais -, esta perspectiva aí permanecerá como inteiramente marginal até o fim daquela década; só na virada do decênio é que ganha repercussão para além dos muros da academia e começa a rebater com visibilidade nos foros e organismos da categoria profissional. (NETTO, 1991, p. 247).

Assim, essa perspectiva teórica ganha fôlego nos anos 1972 e 1975, a partir da ação de um grupo de profissionais que conquistam a hegemonia na Escola de

²² Os debates realizados neste Seminário foram registrados em um documento elaborado em 1967 por um grupo de expoentes do Serviço Social, agrupados no Comitê Brasileiro de Conferência Internacional de Serviço Social (CBCISS). Define a ação profissional com um instrumento de desenvolvimento humano. Neste caso, a profissão teria tanto um caráter corretivo das causas que dificultam este desenvolvimento, como um caráter de promoção e prevenção, para se evitar as causas do desajuste, buscando tratar problemas individuais e coletivos. (FALEIROS, 2005, p. 23).

²³ O Documento de Teresópolis, oriundo dos debates travados no Seminário de Teorização de Teresópolis, data de 1970 e tem por objetivo a ação profissional voltada para atenuar situações de carência às formas de mudanças e de crescimento estabelecidas pelos hegemônicos (FALEIROS, 2005, p. 23).

²⁴ Realizado pelo CBCISS, no ano de 1980, o Documento de Sumaré compreende o Serviço Social como um processo de aprendizagem de ajustamento e de mudança. Este documento considera que o movimento do reconceituado tem um caráter funcionalista sistêmico e discute as possibilidades de um Serviço Social na ótica dialética e fenomenológica (FALEIROS, p. 24, 2005).

Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, onde se formulou a experiência de trabalho, que ficou conhecida como *método de Belo Horizonte*.

O Método de Belo Horizonte diz respeito à equipe da Universidade supracitada, que estabeleceram as bases para retomada da crítica ao tradicionalismo. Esses profissionais tiveram um papel significativo para que estas discussões ultrapassassem os muros da academia e penetrasse a categoria profissional.

Neste contexto o veículo de divulgação do Serviço Social deixa de ser o CBCISS, passando a surgir outros, como por exemplo, o Centro Latino-Americano de Trabalho Social (CELATS), que teve um papel fundamental na construção de uma nova proposta para o Serviço Social. Realizou encontros, cursos de capacitação e financiamento de sistematização da prática e investigação científica (MENEZES, 2005 p. 68,). Assim, compreende-se

{...} que a incidência do projeto da ruptura, a partir do segundo terço da década de oitenta, penetra e enforma os debates da categoria profissional, dá o tom da sua produção intelectual, rebate na formação de quadros operada nas agências acadêmicas de ponta e atinge as organizações representativas dos assistentes sociais. Numa palavra: a partir de meados dos anos oitenta, patenteia-se que a perspectiva da intenção de ruptura não é apenas um vetor legítimo do processo de renovação do Serviço Social no Brasil- evidencia-se o seu potencial criativo, instigante e, sobretudo, *produtivo*. (NETTO, p. 267, 1991).

Portanto, esta perspectiva se adensa ao longo dos anos 1980. Isso se dá devido às mudanças ocorridas no país durante o processo de reabertura política e de democratização. A intenção de ruptura ganhou força por colocar o Serviço Social ao lado das demandas da classe trabalhadora, não mais como agente legitimador da exploração. Assim sendo, este projeto se aproxima da tradição marxista²⁵. As produções teóricas da profissão imprimiram uma direção ao exercício profissional baseado no pensamento marxista, como também, a intervenção profissional passa a considerar a sociedade como um fruto de um conjunto de relações sociais.

O principal marco político desse período foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), conhecido como Congresso da Virada, realizado no ano de 1979. É reconhecido como Congresso da Virada, pois, marcou um momento de grande mudança para categoria profissional, em que abriu novos horizontes, quando

²⁵ De acordo com Menezes (2005, p. 69), esta primeira aproximação com a tradição marxista não foi orientada pelas fontes clássicas e contemporâneas. Em outras palavras, foi a aproximação de um marxismo sem Marx. Ou seja, um referencial precário em um primeiro momento, do ponto de vista teórico onde recusou a via institucional e as determinações sócio-histórica da profissão.

a luta da categoria passa a ser voltada por uma sociedade democrática, sem exploração de uma classe sobre a outra, passando a assumir o compromisso com a classe trabalhadora, rompendo, então, com as matrizes conservadoras da profissão.

Neste sentido, a atuação profissional passa a ser voltada para as lutas sociais, em conjunto com os movimentos sociais e em defesa dos direitos humanos. Aponta assim, um direcionamento para construção de um novo projeto ético político.

Neste sentido, no item a seguir, será abordado acerca do *projeto ético político da profissão* e sua articulação com os *direitos humanos*.

2.2 Notas acerca do Projeto Ético Político do Serviço Social e sua articulação com os Direitos Humanos

O compromisso que o Serviço Social assume com a sociedade brasileira a partir da promulgação do Código de Ética dos (as) Assistentes Sociais, em 1993, abre um campo de possibilidades de trabalho e de lutas para esses profissionais. Trata-se da opção por um posicionamento profissional que atue no combate à exploração e à opressão de classe e em favor da democracia, da ampliação e consolidação da cidadania, da justiça social e, principalmente, na defesa dos direitos humanos.

Contudo, é relevante explicitar aqui o objetivo de um projeto profissional para, posteriormente, aprofundar a análise acerca do projeto profissional do Serviço Social.

De modo geral, o projeto profissional tem por objetivo em indicar a direção que a categoria profissional assume. Entende-se, assim, que

Os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais). (NETTO, 1999, p. 04)

Estes também são estruturas que sofrem alterações de acordo com o processo histórico, como também respondem às alterações no sistema de necessidades sociais sobre a qual a profissão intervém. São construídos coletivamente e devem ser pensados com o conjunto dos membros que dão

efetividade à profissão. Além disso, os projetos profissionais envolvem as opções teóricas, ideológicas e políticas dos profissionais.

Netto (1999, p. 06), ao reafirmar a importância da perspectiva plural como exercício democrático no processo de construção do projeto profissional, enfatiza que “a elaboração e afirmação de um projeto profissional deve dar-se com a nítida consciência de que o pluralismo é um elemento factual da vida social e da própria profissão, que deve ser respeitado”.

O pluralismo é aqui compreendido como um dos 11 (onze) princípios do Código de Ética dos(as) Assistentes Sociais, cuja realização aponta para a “o respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas” (CFESS, 1993) assim como para o “compromisso com o constante aprimoramento intelectual” (Ibid)

De acordo com Netto (1999, p. 12-16), o Serviço Social é uma profissão, uma especialização do trabalho coletivo, instituída no marco da divisão sócio-técnica do trabalho, e regulamentada por meio de um estatuto jurídico. Possui um projeto ético político cujos componentes materializam a opção política adotada e nesse trabalho já indicada. Tais componentes são o já referido Código de Ética dos(as) Assistentes Sociais (CFESS, 1993), a Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social (BRASIL, 1993) e as Diretrizes Curriculares para o Curso de Serviço Social aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), em 1996. Esses são os componentes que compõe o aparato político-jurídico da profissão.

Esses componentes expressam também a dimensão política do projeto profissional ao explicitarem o posicionamento da categoria em

[...] favor da equidade e da justiça social, na perspectiva da universalização do acesso a bens e a serviços relativos às políticas e programas sociais; [...] da ampliação e a consolidação da cidadania [...] explicitamente postas como garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras. Correspondentemente, o projeto se declara radicalmente democrático – considera a democratização como socialização da participação política e socialização da riqueza socialmente produzida.

Na mesma direção, estabelece o compromisso com a população usuária, no que tange à qualidade dos serviços a ela prestados, publicizando os recursos institucionais. Assim, é um instrumento fundamental para efetivar a democracia, como também para coletivizar e universalizar as decisões institucionais.

O posicionamento dos assistentes sociais na defesa dos Direitos Humanos está explicitado no Código de Ética profissional no seu segundo princípio, ao afirmar a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo”.

De acordo com Ruiz (2013, p. 80), esta temática é discutida em diversos espaços e junto aos movimentos e segmentos sociais, com os quais o Serviço Social estabelece diálogo. Para ele, todos os assistentes sociais atuam com direitos humanos, pois, em geral, é uma categoria em constante e profundo contato com a realidade social da população.

Sinaliza esse autor que mesmo que os assistentes sociais tenham em seu cotidiano profissional uma maior aproximação com a população usuária e que o projeto profissional se sustente na corrente crítico-dialética vinculado à defesa dos direitos humanos, há limites objetivos à universalização dos direitos humanos. Uma análise crítica dessa realidade, porém, aponta para o cuidado para não se ficar refém deste contexto.

O envolvimento com a luta em prol dos direitos humanos enfrenta diferentes limites e inúmeros desafios nos marcos da sociedade capitalista, por isso a necessidade de articulação com os demais profissionais de diversas categorias.

A afirmação dos direitos humanos na ação cotidiana do assistente social é marcada por um processo de lutas e contradições, fazendo com que a sua afirmação profissional não vá, necessariamente, ao encontro com o objetivo institucional, sendo, então, necessário estabelecer mediações entre as requisições profissionais e institucionais, a fim de garantir o direito da população usuária.

Vinagre e Pereira (2005, p. 55), ao compreenderem o atendimento e acompanhamento social ao usuário na perspectiva de totalidade, apontam que

[...] a profissionalidade deve se desenvolver nos marcos da indivisibilidade dos direitos, seja porque o sujeito a que se referem os direitos é uma totalidade una indivisível, seja porque a negação dos direitos econômicos, sociais e culturais inviabiliza a realização dos direitos civis e políticos (e vice e versa).

Assim, questionam as autoras, como é possível “contemplar no trabalho com os usuários o direito a participação, sem que o direito à alimentação esteja sendo observado” (Ibidem). Isso implica em uma perspectiva de análise ampliada do que são direitos humanos e não restringi-lo somente aos direitos civis e políticos, porque estes são um patamar necessário, porém, é apenas um ponto de partida para intervenções mais abrangentes.

Há de se ter a clareza que os direitos humanos são indivisíveis, superando, deste modo, a lógica hierárquica do qual é mais importante, mas sim retomando a ideia que todos são indispensáveis na vida social do usuário. Nesse sentido, é preciso ter o cuidado de não diferenciar de maneira antagônica direitos humanos de direitos sociais, mas ter a compressão que os direitos sociais são parte integrante dos direitos humanos. Desta forma um dos grandes desafios colocados ao assistente sociais é a superação das concepções fragmentadas e geracionais de direitos humanos.

As discussões sobre os direitos humanos têm sido recorrente na sociedade, ganhando centralidade na conjuntura política e nas lutas sociais. É um assunto polêmico que, ao longo do tempo, vem sendo debatido e compreendido de maneiras distintas, por isso se faz necessário trazer um resgate histórico acerca das suas concepções e fundamentos teóricos e políticos.

Segundo Ruiz (2014, p. 14), os *direitos humanos* articulam-se com modos de organizar a vida em suas diversas concepções. Envolve questões como: trabalho, educação, saúde, economia, habitação, democracia, participação política, livre orientação e expressão sexual, definição de legislações, elaboração de acordo em situações de guerra ou conflitos civis e dentre outros.

Relacionam-se com leituras macrossocietárias sobre o mundo e com os modos de produção e apropriação da riqueza socialmente produzida, do patrimônio cultural da humanidade, da relação com o meio ambiente e com as condições de vida das atuais e das próximas gerações. (Ibidem).

Envolve questões que vivenciadas pelas classes sociais em seu cotidiano e que interferem diretamente na vida social. São construções históricas e frutos das lutas de classe, possuindo assim conteúdo político.

De acordo com Dornelles (2006, p. 12), alguns autores consideram que todos os direitos dizem respeito aos seres humanos por se tratarem de pessoas, diferente, entretanto, do que mostra a história do mundo e do Brasil, em particular, quando no período escravocrata, a população negra era tratada como *coisas*, não sendo respeitados enquanto pessoas.

Assim, os direitos humanos podem ser entendidos de diferentes maneiras, quer dizer, podem ser: oriundos da vontade divina; direitos que já nascem com indivíduos; direitos advindos do poder do Estado e direitos que são produtos da luta de classes.

O autor ainda colocar a existência de três fundamentações teóricas antagônicas, quais sejam: a concepção idealista, positivista e a crítico-materialista.

A concepção idealista consiste em uma compreensão

[...]metafísica e abstrata, identificando os direitos a valores superiores informados por uma ordem transcendental, supraestatal, que pode se manifestar na vontade divina (como no feudalismo) ou na razão natural humana. É dessa concepção que vem a ideia de que os direitos humanos são inerentes ao homem, ou nascem pela força da natureza humana. Assim, os homens já nasceram livres, iguais, dignos, etc, ou pela obra e graça do “espírito santo”, ou como expressão de uma razão natural. Os direitos dos seres humanos à vida, à segurança e à liberdade existiriam independente do seu reconhecimento pelo Estado. Os direitos são um ideal. (Ibid, p. 16).

A compreensão positivista de direitos humanos concebe-os como direitos

[...] fundamentais e essenciais desde que reconhecidos pelo Estado através de sua ordem jurídica positiva. Ou seja, os direitos humanos seriam um produto que emana da força do Estado através do seu processo de legitimação e reconhecimento legislativo, e não produto ideal de uma força superior ao poder estatal, como Deus ou a razão humana. Aqui os direitos não são entendidos como inerentes aos seres humanos, pois a existência e efetividade dependem do reconhecimento do poder público. Cada direito somente existe quando está escrito na lei. Não é possível uma ordem ideal de direitos. (Ibid, p. 16-17).

Já a concepção crítico-materialista, foi desenvolvida

[...] durante o século XIX, partindo de uma explicação de caráter histórico-estrutural para fundamentar os direitos humanos. Surgiu como crítica ao pensamento liberal, e entende que os direitos humanos, como estavam enunciados nas declarações de direitos e nas constituições dos séculos XVIII e XIX, não passavam de expressão formal de um processo político-social e ideológico realizado por lutas sociais no momento da ascensão da burguesia ao poder político-social e ideológico realizado por lutas sociais no momento da ascensão da burguesia ao poder político. A inspiração dessa concepção surge principalmente das obras filosóficas do pensador alemão Karl Marx. (Ibid, p.17).

A partir desta diferentes correntes teóricas que se desenvolveram diferentes compreensões acerca dos direitos humanos. Daí a complexidade de discutir sobre tal temática, pois ao longo da história da humanidade os direitos humanos assumiram diversas denominações. Assim como também eram defendidos com variadas visões de mundo, de acordo com a concepção política-ideológica de cada momento histórico.

Neste trabalho, adotaremos como referência teórica e perspectiva de análise da realidade o método crítico-dialético por oferecer uma visão de totalidade em torno da temática.

De acordo com Vinagre e Pereira (2005, p. 40), a história dos direitos humanos é oriunda da luta da burguesia contra os abusos dos senhores feudais e da aristocracia burguesa no século XVIII. Neste período, tiveram como instrumentos marcantes as declarações de direitos, que passaram a servir de modelo, em âmbito universal, na luta contra os antigos regimes absolutistas e nas lutas de independência das colônias americanas.

Teve como primeiras referências a Declaração de Independência Norte-Americana, de 1776, onde consta o direito humano como inalienável; a Declaração de Direitos do Bom Povo da Virgínia, datada de 1776, onde aparece a noção de igualdade como direito fundamental, com referência à liberdade religiosa e de imprensa e a defesa da democracia participativa, e; a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão da Revolução Francesa, datada de 1789, que defendia a ideia que todos seres humanos são iguais, explicitando a defesa do princípio da universalidade, além de responsabilizar o Estado em proteger e reprimir violações aos direitos humanos. Nesta última declaração já se tem um considerável avanço por colocar o Estado como responsável pela provisão de tais direitos (Ibid).

Para Marshall (1967, p. 57-114 apud RUIZ, 2014, p. 37-59), o surgimento dos direitos aparece em diferentes gerações. Os primeiros foram os direitos civis, que surgiram em decorrência das revoluções burguesas, necessários para a constituição da sociedade capitalista. Nos séculos XIX e XX, os responsáveis pela democratização da sociedade e pela ampliação da participação política foram os direitos políticos. Por conseguinte, no século XX, surgem os direitos sociais, econômicos e culturais em decorrência das lutas de sindicatos e de revoluções socialistas.

Contudo, esta teoria de gerações do surgimento dos direitos pode ser considerada insuficiente, pois, todos os direitos devem ser tratados com igual importância no que diz respeito à dignidade da pessoa humana, tendo em vista a complementariedade estabelecida entre eles, mesmo compreendendo a existência de contextos históricos diferenciados na origem dos diferentes direitos conquistados.

Entretanto, nos dias atuais, é necessário efetivar de forma universal e interrelacionada o acesso aos diversos direitos sociais, civis e políticos. A efetivação de ambos depende de efetiva mobilização e pressão sobre o Estado e seus diferentes poderes, Legislativo, Executivo, Judiciário.

Para Ruiz (2014, p.36-37), o debate em torno dos direitos humanos não teve seu berço nas revoluções burguesas, pois, há cerca de dois milênios atrás já existia a luta pelo direito à liberdade e à igualdade, a exemplo da fuga do povo judeu, guiado por Moisés, do rei do Egito, além de outras passagens bíblicas que expressão tal opinião. Portanto, a origem do debate acerca dos direitos humanos não se desenvolveu a partir das perspectivas burguesas, do modelo de sociedade do século XVIII, pois, esta afirmação carece de dados históricos anteriores e apropria-se de uma perspectiva não dialética de pensar a realidade.

Deste modo, esta concepção do berço dos direitos humanos advindo da revolução burguesa é contraditória. É apenas umas das concepções que persistem na literatura contemporânea, disputando a hegemonia no campo dos direitos humanos, tendo em vista as suas contradições, como por exemplo, os países liberais que têm desrespeitado direitos civis e políticos. Desta forma, o debate em torno dos direitos humanos precisa considerar as alterações ocorridas ao longo da história, reflexo das lutas sociais e do conflito entre interesses de classes antagônicas.

Por conseguinte, após as duas grandes guerras mundiais, intensificam-se as pressões internacionais pela necessidade de medidas que impedissem o retorno dos conflitos. Uma das medidas fora a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 1945. Assim, debates com o objetivo de estabelecer padrões de relações entre os países adentraram a Organização. Em 1948, foi aprovada a Declaração Universal dos Direitos Humanos, considerada como um importante instrumento e documento de referência no debate sobre os direitos humanos até os dias atuais.

Após a segunda Guerra Mundial, o mundo ficou dividido em dois blocos, que representavam a disputa de dois projetos de mundo: um capitalista (Estados Unidos) e outro socialista (União Soviética). Deste modo, a Declaração Universal dos Direitos Humanos foi marcada pela disputa destes dois projetos societários.

Ainda que inscrita sob a égide da moral liberal, a Declaração de 1948 avança em relação a textos dos séculos XVII e XIX, posto que lança a inovação dos princípios da universalidade e indivisibilidade dos direitos humanos, acrescentando aos direitos civis e políticos. (VINAGRE e PEREIRA, 2005, p. 41).

Mas esta declaração tem algumas lacunas, haja vista, que seu texto não dá conta da nova organização mundial do trabalho, estabelecida pela Organização

Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919. Também não prevê o processo de mundialização do capital, o respeito à diversidade regional, o direito das mulheres e de outros sujeitos que demandam atenção. Evidencia-se, neste documento, o enfrentamento existente entre os pensadores liberais, indicados em vinte artigos em torno dos direitos políticos e civis, mas, apenas cinco artigos dissertam sobre os direitos sociais.

Posto isso, outro ganho que tal declaração traz é a concepção contemporânea dos direitos humanos, que pode ser verificada nos registros da II Conferência Mundial de Direitos Humanos, que resultou na elaboração da Declaração de Viena, no ano 1993.

A Declaração de Viena, assinada por 171 Estados, ratifica as obrigações emanadas de cartas internacionais anteriores, na perspectiva da defesa, da liberdade, da democracia, igualdade e justiça social, bem como de valores a ela relacionados: o desenvolvimento econômico-social, a prática da tolerância e da cultura da paz, observando-se o respeito à diversidade. (Ibid, p. 42).

Essa Declaração também avança com a concepção sobre os direitos humanos ao considerar que tais direitos são universais, indivisíveis, interdependentes e inter-relacionados (Ibidem).

Outro documento importante que amplia também esta concepção é o Plano de Ação da Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento, realizada na cidade do Cairo, no ano de 1994, que amplia a concepção das Cartas internacionais anteriores, pois, passa a defender todos os direitos para todos ao longo da vida, acrescentando também, o direito ao desenvolvimento sustentável. Ultrapassa, assim, o patamar da satisfação das chamadas necessidades básicas. Neste sentido, os direitos ambientais são considerados como um pilar para a construção de um mundo viável para as gerações futuras (Ibid, p. 43).

Observa-se que ao passar de décadas se teve uma ampliação acerca da discussão dos direitos humanos, no qual foram introduzidos novos direitos, porém, trata-se de um contexto de lutas de classe e correlações de forças, com determinações particulares decorrentes de cada período histórico.

No século XX, se teve diferentes lutas sociais em diferentes âmbitos, países e continentes que interviam na busca de transformações no que diz respeito ao debate dos direitos humanos. A partir de então, passou-se a considerar os direitos

sociais como parte integrante dos direitos fundamentais do ser humano (RUIZ, 2014, p.59-60).

Dessa forma, compreendeu-se que

Embora os países do bloco socialista tenham envidado esforços no sentido de um único pacto internacional de direitos humanos, o bloco liberal manteve sua vantagem anterior, forçando uma mesma assembleia da ONU a aprovar dois pactos distintos: o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Vencia, ainda que temporariamente, a concepção de que direitos civis e políticos seriam os que deveriam prever imediata execução, enquanto direitos sociais, econômicos e culturais seriam considerados como de implementação progressiva pelos Estados. (Ibid, p.66).

Ou seja, a Declaração dos Direitos Humanos não tinha um foco nos direitos sociais, que devido a estes dois pactos ficaram divididos em dois blocos com interesses distintos. Com isso os direitos sociais, ficavam a mercê da implementação do Estado, de modo não imediato. Por isso, considera-se um marco, no século XX, a compreensão dos direitos sociais como direito fundamental.

De forma geral, o século XX foi considerado um período de grandes avanços, por prever direitos em cartas, tratados e documentos internacionais, que ampliaram os direitos e incluíram variadas temáticas na discussão, a exemplo da proteção do meio ambiente, de repressão a crimes de genocídio como também àqueles que estabeleciam a eliminação de todas as formas de discriminação racial.

Durante o decorrer do século XX, a comunidade organizada das nações, seja no marco das organizações mundiais como as Nações Unidas (ONU), seja no marco dos organismos especializados como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) ou a Organização das Nações Unidas para a educação, Ciência e Cultura (UNESCO), seja nos foros regionais de associações internacionais, como a Organização dos Estados Americanos (OEA), a Organização da Unidade Africana (OUA) e o Conselho da Europa, tem aprovado inúmeros dispositivos, textos, declarações, instrumentos de validade jurídica na defesa e proteção internacional dos direitos humanos buscando assegurar o respeito e o reconhecimento por parte de governos e de particulares. (DORNELLES, 2006, p. 38).

Desta forma, é relevante elucidar que no século XX, os direitos humanos, paulatinamente, são incluídos no plano internacional, embora o século XIX tenha se caracterizado pelo reconhecimento constitucional em cada Estado.

Neste período, também cresceu o debate de defensores dos direitos humanos que argumentavam as violações impostas pelo sistema capitalista, devido à forma de organização da economia, da cultura, da política e da vida social em suas diferentes dimensões, indicando que tais violações não acontecem,

necessariamente, em períodos de guerra apenas, mas está posta na vida cotidiana do ser humano em diferentes países.

Devido ao não cumprimento, por parte de alguns países, em efetivar a defesa dos direitos humanos, foram criados mecanismos convencionais e extraconvencionais de proteção em direitos humanos previsto internacionalmente e com possível atuação legitimada no âmbito dos Estados. Os extrasconvencionais são criados a partir de resoluções e documentos da ONU ou de cada país. Há relatorias especiais para acompanhar a violações de direitos humanos, como também, existe grupos de trabalho, comitês e representações específicas para diversas temáticas.

Existem também os tribunais internacionais para os quais indivíduos e coletivos podem encaminhar denúncias que, embora já apresentadas em âmbito nacional, não tenham atenção, apuração e providência de seu Estado. Os tribunais podem aprovar sanções a países violadores de direitos humanos, determinar indenizações aos que tiverem direitos violados, dentre outras medidas. O Brasil já foi condenado internacionalmente em várias situações, como os massacres da Candelária e do Carandiru, o caso Maria da Penha [...] (RUIZ, 2014, p. 75).

De modo particular no Brasil, em função dos sistemas de proteção dos direitos humanos expressarem a incapacidade de irem além de apontar princípios e orientações gerais aos demais países, surgiram novas pressões e mobilizações, que resultaram na aprovação dos Planos Nacionais de Direitos Humanos, em âmbito nacional (Ibid, p. 75-76).

Com isso, o Brasil se torna um signatário de inúmeros instrumentos internacionais ao se comprometer com o Sistema Internacional de Direitos Humanos. Segundo Vinagre e Pereira (2007, p. 46), alguns dos principais instrumentos normativos de proteção aos direitos humanos são a:

- Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, ratificada em 01 de fevereiro de 1994;
- Convenção sobre dos Direitos da Criança, ratificada pelo Brasil, em 24 de setembro de 1990;
- Convenção contra a Tortura e outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes, ratificada pelo Estado brasileiro, em 29 de setembro de 1989.

Essas autoras (2005, p. 38) também apontam que em 1996 é criado no Brasil o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH). Entretanto, este Plano hierarquiza os direitos, ao priorizar os direitos civis e políticos, secundarizando os

direitos econômicos, sociais e culturais. Assim, viola o princípio da indivisibilidade e da interdependência dos direitos humanos. Logo, não vai ao encontro com que estabelece a Declaração de Viena, como também o que está estabelecido na Constituição Federal de 1988.

Conforme Ruiz (2014, p. 78), no século XXI, tanto em âmbito nacional quanto internacional, constata-se a insuficiência dos aparatos legais em torno dos direitos humanos e de diversos outros direitos.

No Brasil, a defesa dos direitos humanos deve ser parâmetro das políticas públicas e não apenas uma inscrição em Tratados e Convenções, dentre outros documentos internacionais ou nacionais. Mas, a intensificação da política neoliberal, por meio da exploração da força de trabalho, permanece enriquecendo uma pequena parcela da população, causando não só fome, miséria e morte pelo mundo, mas, sobretudo, a banalização da vida social.

Neste contexto, não só os direitos civis e políticos são atacados. Os direitos sociais permanecem sendo alvo dessa política econômica, quando não tem prioridade em investimento.

Além disso, propaga-se junto à população a ideia de que a defesa dos direitos humanos objetiva a *proteção daqueles que não cumprem as leis, privilegiando-os quanto ao não cumprimento da pena pelo crime cometido*. Trata-se de uma compreensão totalmente equivocada e sem fundamentação teórica sobre a concepção de direitos humanos, que ganha centralidade em detrimento de uma aceção de direitos humanos que os inscreve à luz da história da lutas de classes, articulando-os à concepção de uma sociedade onde não haja a exploração de uma classe sobre a outra. Contudo, não é esse o interesse das mídias de massa, que defendem os interesses do Estado burguês e conservador.

Neste sentido, a contribuição do Serviço Social no debate sobre os direitos humanos vai além do que está previsto em legislações, tratados, convenções e outros documentos.

A proposta é problematizar e colocar em discussão demandas que são atendidas pelos assistentes sociais no seu cotidiano de trabalho e que dizem respeito aos direitos humanos, compreendendo-os a partir de uma leitura histórico-crítica, amparada pela perspectiva de totalidade, como buscou-se fazer neste item, ainda que de modo breve.

Por isso, no item a seguir, será abordado sobre a atuação do assistente social na UDA de Nefrologia do HUPE, caracterizando o trabalho desenvolvido e discutindo, criticamente, os entraves apresentados nessa unidade de saúde para garantia e efetivação dos direitos humanos.

2.3 Introdutórias reflexões sobre atuação do Serviço Social do HUPE junto às pessoas com Doença Renal Crônica: o acesso à documentação civil básica em questão

Historicamente, o assistente social tem sido frequentemente solicitado para atuar em programas de atenção à saúde que envolve o acompanhamento social dos seus usuários. Observa-se, assim, a exigência de novas habilidades e conhecimentos para as novas formas de se viabilizar o atendimento das diferentes expressões da questão social, que se materializam diante do desmonte das políticas sociais e da precarização do acesso aos diversos direitos sociais²⁶, direitos esses que estão inseridos no âmbito dos direitos e garantias fundamentais. Ao lado dos direitos individuais e coletivos, da nacionalidade e dos direitos políticos, os direitos sociais asseguram aos indivíduos os benefícios e serviços instituídos pelo Estado. Não se trata apenas de enunciar esses direitos nos textos constitucionais, mas de prever mecanismos que asseguram aos trabalhadores sua proteção efetiva (SIMÕES, 2007, p. 59-66).

Atuar nessa realidade contraditória demanda um amplo conhecimento das novas formas de produção das manifestações da questão social²⁷, que são objeto do trabalho e crítica profissional norteada pelos valores que embasam o projeto ético-político do Serviço Social. Desta forma, o profissional deve ir além das rotinas institucionais e buscar compreender o movimento da realidade, para identificar tendências e possibilidades nela presentes que atendam os interesses da

²⁶ A concepção dos direitos sociais efetivou-se pela instituição da social-democracia e do Estado de Bem-Estar, no bojo da primeira grande crise do sistema capitalista e do acirramento da luta de classes ou seja, erradicou-se a ideia de que pobreza e a miséria não são uma simples manifestação do destino, da fatalidade, da indolência ou da incapacidade das pessoas de representar seus interesses, por meio de organizações partidárias. (SIMÕES, 2007, p. 59-66).

²⁷ De acordo com Yamamoto e Carvalho (2009, p. 77), “a questão social não é se não as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mas além da caridade e repressão”.

população. Assim, a perspectiva de trabalho deve ser sempre de ampliação dos direitos sociais (SOUZA et al, 2015, p. 11).

De modo particular, a equipe do Serviço Social da UDA de Nefrologia, atualmente, está formada por uma assistente social com vínculo estatutário, duas residentes de segundo ano (R2) e uma residente de primeiro ano (R1).

O trabalho desenvolvido consiste no atendimento aos usuários da enfermaria, que, de modo geral, decorre da realização dos transplantes renais, mas, também em função das intercorrências clínicas da doença, independente da fase que se encontra, seja em tratamento conservador (fase 1 a 4) ou em TRS (fase 5).

Tais atendimentos, contudo, se estendem aos usuários que realizam acompanhamento nos ambulatórios de pré-transplante renal (doador vivo e falecido), conservador, de pós-transplante renal, de hemodiálise e de diálise peritoneal, bem como nos Centros de Tratamento Intensivo (CTI).

Importa dizer que tanto nas clínicas médicas, cirúrgicas e de especialidades quanto nos serviços de tratamento intensivo existentes no HUPE, sejam eles o CTI Geral, a Unidade Intermediária (UI) Clínica e a Unidade Intermediária (UI) Cirúrgica, a ênfase do atendimento social é junto às pessoas com doença renal aguda, pois de modo geral, as pessoas com DRC, tendem a ser internadas nos leitos da UDA de Nefrologia.

Desta maneira, a intervenção do Serviço Social junto à pessoa com doença renal tem por objetivo “compreender os determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e construir estratégias político-institucionais para o enfrentamento dessas questões” (Ibid, p. 20).

Ao ser qualificada a partir da sua competência teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, a intervenção profissional se dá sob as expressões da questão social vivenciadas pelas pessoas com doença renal crônica e aguda, visando, com isso, contribuir na promoção de alterações nas condições de vida e saúde dos usuários (Ibidem).

Associado a isso, há de se considerar a necessidade legal de inserção de, no mínimo, um profissional de Serviço Social em cada serviço de diálise, compondo a equipe de trabalho multidisciplinar, atual exigência do Ministério da Saúde, de acordo com Portaria n. 389, de 13 de março de 2014, que “define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e

institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.”²⁸ (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

De acordo com Souza et al (2015, p. 10), a determinação social da DRC também está relacionada às condições de vida e trabalho da população, como precária alimentação e insuficientes políticas públicas, e que tornam a doença renal uma questão de saúde pública e também uma das expressões da questão social.

Desta maneira, deve-se considerar a complexidade das demandas que são colocadas aos assistentes sociais que atendem essa população, especialmente, no que se refere ao trabalho da garantia dos direitos sociais das pessoas com doença renal, nas suas diferentes fases, pois, há de se considerar o contexto de regressão dos direitos que vivenciamos atualmente.

As demandas que, de modo geral, são colocadas ao Serviço Social consistem em orientações acerca da organização da dinâmica familiar em função das particularidades advindas da situação de saúde da pessoa com DRC, ou seja, do trabalho social com famílias e do acesso:

- aos benefícios previdenciários e socioassistenciais;
- às gratuidades ao transporte, como o RioCard Especial, Vale Social e Tratamento Fora de Domicílio (TFD) intermunicipal e interestadual;
- aos medicamentos, sobretudo, aqueles classificados como especializados;
- ao tratamento de saúde propriamente dito e, por fim, mas não menos importante;
- à documentação civil básica.

Observam-se, no que diz respeito à documentação civil básica, a questão da burocratização do acesso à documentação civil e a sua condicionalidade para o acesso aos serviços de saúde e aos benefícios previdenciários e socioassistenciais como um importante limite. São usuários que não têm seus direitos fundamentais garantidos em função da ausência da documentação, constituindo, assim, um impedimento para o acesso aos direitos sociais²⁹ e serviços essenciais³⁰.

²⁸ Até a publicação dessa norma, essa exigência era feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 154, de 15 de junho de 2004.

²⁹ São direitos sociais: a educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados (BRASIL, 1988, . 6º).

³⁰ São considerados como serviços ou atividades essenciais: tratamento e abastecimento de água; produção e distribuição de energia elétrica, gás e combustíveis; assistência médica e hospitalar; III - distribuição e comercialização de medicamentos e alimentos; funerários; transporte coletivo; captação

Exemplo disso foi uma situação que acompanhada pelo Serviço Social da UDA de Nefrologia no ano de 2014 e que demonstra a *via crucis* enfrentada pelo usuário para o requerimento de tais documentos.

Neste caso específico, a internação do usuário se deu em caráter de emergência, quando foi apresentada somente a certidão de nascimento, pois, de acordo com as informações do usuário, sua carteira de identidade, título de eleitor e comprovante de alistamento militar tinham sido perdidos.

Contudo, a emissão do Cadastro de Pessoa Física (CPF) para pessoas maiores de dezoito anos depende, necessariamente, da apresentação do título de eleitor. Já para a emissão do título de eleitor de pessoas do sexo masculino, exige-se a apresentação do comprovante de alistamento militar.

Logo, o usuário que, à época, realizava hemodiálise como Terapia Renal Substitutiva 3 (três) vezes na semana ficou impossibilitado de ter acesso a diversos direitos sociais. Da mesma forma, tal situação trouxe significativas implicações para o Hospital.

Devido à ausência do CPF, tornou-se inviável tanto transferir o usuário para uma clínica satélite próxima a sua residência como realizar o registro com fins de faturamento decorrentes das sessões de hemodiálise, pois, para este procedimento, o referido documento é imprescindível.

Para que esse usuário realizasse o requerimento dos documentos em tela, foi necessário realizar encaminhamentos para diversas instituições e com distintos objetivos. Assim, com vistas a:

- requerer o *certificado de alistamento militar*, o usuário foi encaminhado à instituição militar que realizou o alistamento, contudo, esta havia mudado de localização e o novo endereço não estava disponível no sítio eletrônico da Junta de Serviço Militar correspondente, sendo este mais um fator dificultador;
- solicitar a emissão do *título de eleitor*, o usuário foi encaminhado ao Cartório Eleitoral da sua atual região de moradia, portanto, localizado em região diversa a da instituição que realizou o seu alistamento militar .
- pleitear a emissão da *carteira de identidade*, este usuário foi encaminhado ao

Departamento de Trânsito do Estado do Rio de Janeiro (DETRAN/RJ)³¹ e, por último,

- requerer a emissão do *CPF*, foi encaminhado a agência dos Correios³², próxima a sua região de moradia.

Em todos esses espaços foram cobradas taxas e multas, além do gasto com passagens de ônibus para acessar as diversas instituições, pelas quais o usuário percorreu, por serem localizados em diferentes regiões da cidade do Rio de Janeiro. Essa realidade demonstra a burocratização presente no processo de emissão destes documentos, impedindo, muitas das vezes, o acesso a estes, tendo em vista a necessidade de se ter condições financeiras para tal. Para quem não tem nenhuma renda disponível, ou seja, para os trabalhadores desempregados, o pagamento das taxas cobradas é inviável, por isso, a importância de se levar também em consideração o gasto financeiro com as tarifas de locomoção, ou seja, são direitos universais, mas, não são gratuitos.

Registra-se, também, a não integração entre os sistemas de nenhuma das instituições, na qual cada uma requisita um procedimento diferente, ainda que haja a dependência de um documento para se pleitear outro. Sendo assim, estes são alguns dos entraves que o assistente social lida em seu cotidiano de trabalho, uma vez que se atendem, por meio da mesma ação, os interesses da instituição, neste caso, a unidade de saúde, e os interesses da população usuária, quando se efetiva o acesso do usuário aos seus documentos e, conseqüentemente, a um direito humano que viabilizará aos demais diversos direitos.

Dessa forma, trata-se de uma ação que reitera a compreensão de Lamamoto e Carvalho (2009, p. 77) quando dizem que

[...] A atuação do Assistente Social é necessariamente polarizada pelos interesses de tais classes tendendo a ser cooptadas por aqueles que têm uma posição dominante. Reproduz também, pela *mesma atividade, interesses contrapostos que convivem em tensão*. Respondem tanto a

³¹ Criado como órgão do Poder Executivo Estadual que fiscaliza o trânsito de veículos terrestres em suas respectivas jurisdições, no território brasileiro, o DETRAN também determina as normas para formação e fiscalização de condutores. É o responsável pela avaliação da capacidade física, mental e psicológica dos candidatos à obtenção da Carteira Nacional de Habilitação (CNH). (WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE, 2016). No Estado do Rio de Janeiro, assume a responsabilidade pelo Serviço de Identificação Civil em 1997, por força do Decreto Estadual n. 22.930-A, mas só em 1999, passa desenvolver exclusivamente as ações referentes ao registro de identificação civil no Estado (DETRAN/RJ, 2008).

³² Trata-se de uma empresa pública federal, responsável pela execução do sistema de envio e entrega de correspondências no Brasil. Também denominada de Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT) (WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE, 2016).

demandas do capital como do trabalho e só pode fortalecer um ou outro pólo pela mediação de seu oposto. Participa tanto dos mecanismos de dominação e exploração como, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, da reposta à necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora e da reprodução do antagonismo nesses interesses sociais, reforçando as contradições que constituem o móvel básico da história. (grifos originais).

No acompanhamento de situações como essa, ganha destaque um instrumento de trabalho utilizado pelo Serviço Social com bastante frequência, que é o *relatório social*, a fim de dialogar e responder os pedidos de parecer oriundos dos setores responsáveis pela gestão do Hospital, a respeito do acompanhamento supracitado.

Compreende-se o *relatório social* como um instrumento que indica a

[...] exposição do trabalho realizado e das informações adquiridas durante a execução de determinada atividade. Semanticamente falando, é o relato dos dados coletados e das intervenções realizadas pelo Assistente Social. O relatório social pode ser referente a qualquer um dos instrumentos *face a face*³³, bem como pode descrever todas as atividades desenvolvidas pelo profissional (relatório de atividades). Desse modo, os diferentes relatórios sociais são os instrumentos privilegiados para a sistematização da prática do Assistente Social. (SOUSA, 2008, p. 130).

Desta maneira, este instrumento foi essencial na intervenção do Serviço Social, pois, foi por meio dele que foram registradas as ações que haviam sido desenvolvidas, as pendências e dificuldades que o usuário encontrava para ter acesso às documentações, ao mesmo tempo em que se informava à Direção Geral do Hospital e à Chefia da UDA de Nefrologia tais questões, ou seja, é um instrumento fundamental para efetivar a garantia do direito do usuário.

Devido a demandas como esta, o Serviço Social da UDA de Nefrologia desenvolveu alguns instrumentos de trabalho que enfatizam a importância desta temática no cotidiano de trabalho do profissional.

Um deles foi o *Protocolo para Referência de Atendimento do Serviço Social*, como demonstra a Figura 1.

³³ De acordo com Sousa (2008, p. 126-129), caracterizam-se como instrumentos *face a face* a observação participante, entrevista individual e grupal, dinâmica de grupo, reunião, mobilização de comunidades, visita domiciliar e visita institucional.

Figura 1: Protocolo para Referência de Atendimento do Serviço Social





SERVIÇO SOCIAL DA NEFROLOGIA

Protocolo para Referência de Atendimentos do Serviço Social aos Usuários acompanhados nos Ambulatórios de Nefrologia do HUPE

A partir das competências e atribuições privativas dos assistentes sociais e com vistas a um atendimento em saúde integral e de melhor qualidade, conforme preconizado pela Lei Orgânica da Saúde, a equipe de Serviço Social disponibiliza para todos os profissionais atuantes nos ambulatórios de Nefrologia do HUPE um protocolo com a caracterização das demandas sociais das pessoas com doença renal crônica e/ou transplantado renal e que, em função disso, devem ser encaminhadas ao Serviço Social.

- Usuários que necessitam de tratamento e/ou acompanhamento contínuo de saúde (inclusive multiprofissional) de, pelo menos, duas vezes por mês.
- Usuários com indicação de tratamento e/ou acompanhamento contínuo de saúde, mas que demonstram dificuldades para essa continuidade.
- Usuários que, além da doença renal:
 - * tenham uma ou mais deficiências (física, auditiva, visual ou mental); ou
 - * que sejam também ostomizados ou hansenianos; ou
 - * que vivam com HIV; ou
 - * com diagnóstico definido ou em investigação de neoplasia.
- Usuários com agravamento do estado de saúde, sobretudo, aqueles sem vínculos empregatícios ou sem vínculos com a Previdência Social.
- Pessoas com incapacidades temporárias ou permanentes para o trabalho e sem renda.
- Usuários sem documentação civil;
- Usuários que necessitam de representação civil (procuração, interdição civil e curatela).
- Pessoas idosas, mulheres, pessoas com deficiência e população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais) com suspeita de maus tratos, abandono ou fragilidade de vínculos familiares.
- Usuários de álcool e outras drogas.
- Pessoas que vivem em situação de rua.

Onde encontrar o Serviço Social?

No andar térreo do prédio principal do Hospital, ao lado do Pré-Natal.
Telefones de contato: 2868-8687 ou 2868-8061

Fonte: Serviço Social da UDA de Nefrologia, 2013a

Produzido em 2013, esse Protocolo já sinalizava não só a preocupação em demonstrar para a equipe multidisciplinar da UDA de Nefrologia as demandas a serem atendidas pelo Serviço Social, mas, sobretudo, indicava a preocupação com o direito à documentação civil básica, já colocada como uma importante expressão da questão social. A produção desse *protocolo de atendimento* se justificava em virtude de alguns profissionais desconhecerem o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social e, por isso, realizarem encaminhamentos que demandavam ações incompatíveis com as atribuições privativas e competências profissionais previstas pelo aparato jurídico-legal da profissão (BRASIL, 1993; CFESS, 1993 e 2010).

Com o mesmo raciocínio, a equipe de Serviço Social da UDA de Nefrologia incorporou ao *Estudo Social*³⁴ destinado às pessoas com doença renal crônica e aguda do HUPE o item relativo à documentação civil básica, como demonstrado na Figura 2.

Figura 2: Estudo Social da Nefrologia – Item sobre a documentação civil básica

Documentação	Não se aplica	Possui?		Foi orientado	Já requereu, mas ainda não obteve resposta	Não foi orientado
		Sim	Não			
Certidão de Nascimento						
Carteira de Identidade						
CPF						
Certidão de Casamento						
Certidão de Óbito						
Declaração de União Estável						
Carteira de Trabalho e Previdência Social						
Inscrição no INSS						
Cartão SUS						

8. 1 Tem ou teve dificuldades para a retirada de alguns desses documentos? () Sim () Não

8. 2 Em caso positivo, qual(is) documento(s)? _____

8. 3 Quais dificuldades foram essas? _____

³⁴ Para Mioto (2009, p. 9), o estudo socioeconômico ou, simplesmente, o estudo social pode ser definido “como o processo de conhecimento, análise e interpretação de uma determinada situação social. Sua finalidade imediata é a emissão de um parecer – formalizado ou não – sobre tal situação, do qual o sujeito demandante da ação/usuário depende para acessar benefícios, serviços e/ou resolver litígios. Essa finalidade é ampliada quando se incluem a obtenção e análise de dados sobre as condições econômicas, políticas, sociais e culturais da população atendida em programas ou serviços, a partir do conjunto dos estudos efetuados como procedimento necessário para subsidiar o planejamento e a gestão de serviços e programas, bem como a reformulação ou a formulação de políticas sociais”.

Fonte: Serviço Social da UDA de Nefrologia, 2013b.

Presente no Estudo Social como item 8, as questões que versam sobre a documentação civil básica são utilizadas no roteiro das *entrevistas sociais* realizadas nos diferentes espaços de atuação na UDA de Nefrologia. Contudo, identifica-se ainda a necessidade de elaborarmos outros instrumentos de trabalho, de caráter político-pedagógicos, voltados à temática do acesso à documentação civil básica, como por exemplo, materiais de divulgação que informem sobre a forma de acessar a tais documentações, bem como, o acesso a isenções, etc.

Trata-se de demandas que se estendem também a todo o Serviço Social do HUPE, pois se apresentam nas diversas enfermarias e ambulatórios que essa equipe intervém.

A partir dessas ações, compreende-se que a intervenção profissional da equipe de Serviço Social da UDA de Nefrologia orienta-se em favor da justiça social e em defesa dos direitos humanos, assim como busca ações que viabilizam a universalidade do acesso aos direitos sociais.

Importa ainda dizer que, mesmos nos dias atuais, existem pessoas adultas que não tem acesso à certidão de nascimento e, conseqüentemente, aos documentos civis básicos. A inexistência destes faz com que essas pessoas fiquem invisíveis perante a sociedade, pois não tem acesso aos direitos políticos e sociais. Evidencia-se, assim, uma violação aos direitos humanos, uma vez que esse indivíduo não é reconhecido como pessoa, portanto, como sujeito detentor de direitos.

3 - EM DEBATE O DIREITO À DOCUMENTAÇÃO CIVIL BÁSICA: QUAL A SUA IMPORTÂNCIA PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

O objetivo desse capítulo é analisar teoricamente e de forma objetiva as implicações que a ausência da documentação civil básica traz para o acesso à saúde pública, a relevância destes documentos para a unidade de saúde, a partir da concepção dos gestores e a importância que estes documentos têm na vida social dos usuários.

3.1- A justificativa do tema e os procedimentos de pesquisa adotados

Somente com as observações cotidianas nos atendimentos aos usuários foi possível iniciar certas indagações acerca da dificuldade de se acessar a documentação civil básica, tendo em vista os rebatimentos que isso coloca na vida dos usuários.

Cabe destacar, no entanto, que a principal motivação pelo estudo dessa temática se deu em função do atendimento a uma situação, que já apresentada no item anterior e que nos chamou a atenção a ponto de construirmos o objeto dessa pesquisa.

Neste sentido, o estudo se desenvolveu com base na metodologia qualitativa e quantitativa, a partir de um referencial teórico fundamentado no materialismo histórico dialético³⁵ por entendermos ser esse o método de análise da realidade capaz de nos conduzir ao seu desvelamento da forma que nos propomos.

³⁵ Para tanto, recorremos a Netto (2009) para pensar o movimento da realidade por meio do materialismo histórico dialético. Para o autor, Marx, ao analisar a sociedade burguesa, avança criticamente a partir do conhecimento acumulado, descobrindo sua estrutura e dinâmica. Na perspectiva marxista, “a teoria é uma modalidade peculiar de conhecimento, [...] é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento). O sujeito deve ser capaz de mobilizar um máximo de conhecimentos, criticá-los, revisá-los e deve ser dotado de criatividade e imaginação. O papel do sujeito é fundamental no processo de pesquisa. Marx, aliás, caracteriza de modo breve e conciso tal processo: na investigação, o sujeito ‘tem de apoderar-se da matéria, em seus pormenores, de analisar suas diferentes formas de desenvolvimento e de perquirir a conexão que há entre elas’ (MARX, 1968)”.

A “pesquisa é muito mais do que regras, ela auxilia a refletir sobre o mundo” (GOLDENBERG, 2004, p. 11). Por meio da pesquisa, foi possível conhecer a realidade social, reconhecer as diferenças e a sua essência, além de compreender que

a pesquisa científica ultrapassa o senso comum (que por si é uma reconstrução da realidade) através do método científico. O método científico permite que a realidade social seja reconstruída enquanto um objeto do conhecimento, através de um processo de categorização (possuidor de características específicas) que une dialeticamente o teórico e o empírico. (MINAYO, 1994, p. 35).

A pesquisa qualitativa nos permite desvelar a essência dos fenômenos sociais, pois, se tratam de sujeitos com particularidades singulares. Esse tipo de pesquisa

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (Ibid, p. 22).

A pesquisa realizada utilizou-se de técnicas de análise documental e bibliográfica, que fundamentaram a análise dos dados coletados por meio da pesquisa de campo. A pesquisa documental refere-se a materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Já por pesquisa bibliográfica, entende-se que é aquela desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2008, p. 44-45).

Dessa forma, a proposta de pesquisa de campo consistia em duas frentes de investigação. Uma junto ao Departamento de Sistemas de Informação e Telessaúde (DSIT) do HUPE e outra junto a profissionais responsáveis pela gestão da unidade.

Na pesquisa junto ao DSIT, buscou-se analisar a ausência da documentação civil básica no momento da admissão na UDA de Nefrologia. Tal documentação consistia na Carteira de Identidade, no CPF e no Cartão Nacional de Saúde.

A amostra utilizada na frente de investigação foi constituída por usuários jovens, adultos e idosos, a partir dos dezoito anos, que abriram prontuário para admissão no Serviço de Nefrologia. Entende-se pelo conceito de amostra que, de modo geral, os levantamentos abrangem um universo de elementos tão grande que se tornam impossível considerá-lo em sua totalidade. Por essa razão, o mais

frequente é trabalhar com uma amostra, ou seja, com uma pequena parte dos elementos que compõem o universo.

Contudo, os dados fornecidos pelo DSIT foram insuficientes para a análise. Ainda assim, foram solicitados em um segundo momento, cuja resposta não foi obtida.

A outra frente de investigação refere-se à realização de entrevistas com gestores do HUPE, responsáveis pela Direção Geral, pelo Setor de Divisão Financeira e Faturamento, pelo Setor de Admissão e Alta e pela UDA de Nefrologia.

Entende-se a *entrevista* como a técnica que envolve duas pessoas numa situação *face a face* e em que uma delas formula questões e a outra responde, podendo assumir diversas outras formas.

Pode caracterizar-se como informal, quando se distingue da simples conversação apenas por ter como objetivo básico a coleta de dados. Pode ser focalizada quando, embora livre, enfoca tema bem específico, cabendo ao entrevistador esforçar-se para que o entrevistado retorne ao assunto após alguma digressão. Pode ser parcialmente estruturada, quando é guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso. Pode ser, enfim, totalmente estruturada quando se desenvolve a partir de relação fixa de perguntas. (Ibid, p. 114-117).

A partir da aplicação desse instrumento de coleta de dados (Anexo II), os entrevistados apresentaram elementos correspondentes *as consequências para o Hospital* quando um dos usuários não apresenta algum dos documentos básicos, ao *fluxo institucional* existente no processo de admissão destes usuários e os *impactos da ausência da documentação civil básica na saúde* destes usuários.

Ressalta-se aqui a impossibilidade de entrevista com o gestor do HUPE responsável pela Direção Geral. Foram agendadas 3 (três) entrevistas, sendo as mesmas desmarcadas por ele, sob a alegação de compromissos de urgência.

Entretanto, realizamos a entrevista com o gestor do Setor de Matrícula e Agendamento, pois, ao decorrer da pesquisa percebemos a necessidade de conhecer as preocupações e concepção de acesso do responsável por este setor, que responde pela admissão dos usuários ao nível ambulatorial.

Quando iniciamos as entrevistas, percebemos a necessidade de se formular um instrumento de coleta de dados específico para cada setor entrevistado, a fim de compreender melhor as particularidades de cada serviço. Porém, devido a algumas

intercorrências e para cumprir o prazo de entrega não foi possível rever o instrumento.

Com base na Resolução CONEP/CNS n. 466/2012, que institui as diretrizes para a pesquisa que envolve seres humanos, o projeto dessa investigação foi cadastrado na Plataforma Brasil cujo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) é identificado sob n. 49971415.2.0000.5259 e submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário. Cabe dizer, entretanto, que o TCLE foi utilizado no processo de realização das entrevistas, com vistas a respaldar o sigilo do pesquisador e do entrevistado, como demonstrado no (Anexo I). Nesses termos, o projeto de pesquisa teve o parecer favorável a sua realização, identificado junto ao CEP por meio do n. 1363352, de acordo com o Anexo IV.

Portanto, pretende-se que os resultados desta pesquisa contribuam para efetivação e ampliação do acesso aos direitos da população usuária e que seja uma contribuição para acadêmicos e profissionais da saúde, não somente do Serviço Social, pois a questão social não se constitui como preocupação e responsabilidade de uma determinada categoria profissional.

3.2- O importante papel da documentação civil básica na vida social dos usuários

Inicialmente, é relevante dizer que neste item levamos em consideração o Decreto n. 6.289, de 6 de dezembro de 2007³⁶, que compreende como documentação civil básica os seguintes documentos: CPF³⁷; Carteira de Identidade ou Registro Geral (RG)³⁸ e Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) (BRASIL, 2007, art. 1º, § 2º, inciso I-III).

De acordo com Matta (2002, p. 54), a carteira de identidade ou registro geral é o documento que prova quem é o cidadão de modo legalístico e abstrato. A

³⁶ Esse Decreto “estabelece o Compromisso Nacional pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Básica, institui o Comitê Gestor Nacional do Plano Social Registro Civil de Nascimento e Documentação Básica e a Semana Nacional de Mobilização para o Registro Civil de Nascimento e a Documentação Básica” (BRASIL, 2007).

³⁷ O CPF deve ser requerido nas agências da Caixa Econômica Federal, do Banco do Brasil ou dos Correios. Atualmente, faz-se necessário pagar uma taxa no valor de cinco reais e setenta centavos (R\$ 5,70). A emissão pode ser gratuita se requerida por meio da internet, caso o usuário tenha idade até vinte e cinco (25) anos e possua o título de eleitor (PORTAL BRASIL, 2016).

³⁸ Por meio da Lei n. 12.687/2012, fica instituída a gratuidade da primeira via da carteira de identidade (BRASIL, 2012, art. 1º, § 3º).

carteira de trabalho foi a *certidão de nascimento* cívico, instituída após os anos 1930 no Brasil, foi o primeiro documento que concedeu cidadania formal aos brasileiros. É o documento que comprova o vínculo empregatício e atesta, nos termos do autor, a ausência de *vadiagem*. Já o CPF tem por finalidade identificar o cidadão contribuinte, aquele que não apenas trabalha, mas paga imposto sobre o seu trabalho, auxiliando assim a manter o funcionamento do Estado. Sendo um documento cada vez mais requisitado para diversas atividades (abrir conta em banco, participar de eleições, comprar a crédito, etc), sendo considerado parte de um *cadastro* para qualquer cidadão, mesmo não seja trabalhador.

Por conseguinte, os documentos são instrumentos, se assim definido, indispensáveis em nossa vida cotidiana sem os quais não conseguimos demonstrar quem somos ou dizemos ser, pois, precisamos de provas materiais que atestem a veracidade da nossa autoidentificação. Sem apresentação destes documentos o cidadão é considerado invisível na sociedade moderna, não basta somente sua palavra, pois é obrigatório comprová-la. (PEIRANO, 2011, p. 63). Assim, compreende-se que .

Se tivermos em mente que os nossos cartões de crédito, certificados de nascimento, carteiras de motoristas e passaportes são documentos importantes, não deixa de ser curioso que muito pouco se saiba sobre sua história e quase nada tenha sido dito sobre suas implicações sociais e políticas. Quando foram inventados? Quem os inventou e porque? Quando foram instituídos como obrigatórios? Qual a sanção para a sua perda? O que ocorre quando são esquecidos? Qual a penalidade para a sua perda? O que ocorre quando são esquecidos? Qual a penalidade para a sua falsificação? É mais básico ainda: qual o seu significado no contexto dos Estados-nacionais modernos que surgiram pregando a igualdade e a liberdade individual e, no entanto, institucionalizaram essa pletora de papéis que de fato controlam rigidamente a nossa existência como *cidadãos livres*? Pois os arquivos do imposto de renda, dos departamentos de trânsito e de polícia, guardam milhões de registros, mantendo um inventário preciso das atividades, dos movimentos e das rotinas dos cidadãos de um dado Estado-nacional. Tal como os botânicos e os zoológicos do século XIX inventariaram e classificaram plantas e animais, os agentes do Estado fizeram o mesmo com suas populações e indivíduos. (MATTA, 2002, p. 44) (grifos originais).

Esta pesquisa não dá conta de responder a todas estas perguntas, mas traz algumas reflexões no que tange a finalidade destes documentos, realizando uma leitura crítica e utilizando bases teóricas que nos auxiliam a interpretar o que está velado em torno da documentação civil básica.

O *documento* tem como umas de suas finalidades particularizar o indivíduo, tornando-o visível perante a sociedade e passível de controle para o Estado.

Observa-se, então, que

Tecnicamente, documentos facilitam o ato de contar, somar, agregar a população (e, assim, taxar a riqueza e controlar a produção), ao mesmo tempo em que identificam o indivíduo – para fins de conceder direitos e exigir deveres. Assim, tanto elementos particulares / individuais quanto o conhecimento sobre a coletividade – esses dois componentes indissociáveis – conciliam-se no documento e nos *papéis*. (PEIRANO, 2006, p. 26) (grifo original).

Contudo, esse controle também tem o intuito de negar e esvaziar o reconhecimento social do indivíduo que não possui o documento exigido em determinados contextos. O documento é exclusivo, exceto pela procuração, que valida tal substituição. Existe uma ambiguidade na exigência de ter estes documentos, ora para ter acesso a determinado direito, ora para negar direitos, e com um objetivo ainda maior, exercido pelo Estado, que é de controlar a população.

Peirano (2006, p. 34) afirma que um único documento reúne uma série de informações, definidas legalmente por determinados órgãos do Estado (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, Superior Tribunal Eleitoral) e são estes que dão validade e veracidade aos diversos documentos, ou seja, os documentos são fornecidos por órgãos públicos para aqueles que preenchem os critérios estipulados por lei, por isso tem a função de distinguir o cidadão do *marginal*, nas palavras da autora.

Os documentos são requeridos e obtidos em sequência. O usuário que não tem acesso à certidão de nascimento fica impossibilitado de requerer a carteira de identidade, o título de eleitor, o CPF e assim por diante, como demonstrado na situação atendida pelo Serviço Social da UDA de Nefrologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

Por isso, o acesso à certidão de nascimento é imprescindível. O documento que certifica o registro de nascimento da pessoa é a certidão de nascimento, conferindo identidade ao cidadão e estabelecendo seu relacionamento formal com o Estado. É a representação da existência legal do indivíduo, condição fundamental ao exercício da cidadania. Logo, o registro civil de nascimento é primordial para obter o primeiro acesso do indivíduo aos serviços de justiça no País. É também fundamental para obtenção dos diversos benefícios sociais criados pelos governos, bem como ao ingresso no sistema formal de educação (BRASILEIRO, 2008, p. 53-54).

No âmbito do SUS em particular, há de se considerar que o acesso à saúde não pode se negado devido à ausência de documentação, mas essa realidade faz com que o usuário tenha que enfrentar entraves para ter acesso a outros direitos

sociais, que inviabilizam o tratamento de saúde. Tais entraves podem ser caracterizados como a *não emissão do Cartão Nacional de Saúde (CNS)*, o *impedimento no requerimento da medicação especializada*, o *acesso ao transporte e aos benefícios previdenciários* e a *não inserção no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico)*.

Atualmente, o CNS³⁹ é requerido nas unidades de saúde em seus diferentes níveis, para realizar o acompanhamento ou /tratamento de saúde. Para fazer este cartão, é necessário que o usuário tenha RG, CPF, certidão de nascimento ou casamento. O CadÚnico⁴⁰, por sua vez, é utilizado como critério para a população ter acesso aos demais benefícios socioassistenciais.

Os referidos entraves constituem violações ao artigo 6º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, conforme citado anteriormente, pois o cidadão não está sendo reconhecido enquanto pessoa em seus diversos espaços da vida social. Assim sendo, o acesso universal como prevê o SUS fica fragmentado devido ao não acesso aos direitos fundamentais garantidos na Carta Magna, que é o acesso à documentação civil básica, hoje, constituído como um direito humano.

É evidente o reconhecimento social dos documentos, mas, da mesma forma, é evidente também a dificuldade que o cidadão brasileiro tem de requerê-los em virtude da complexa burocratização e pela insuficiência atuação do Poder Público, no que diz respeito às ações que visam o acesso a eles. Sabe-se que não basta realizar ações voluntárias, a exemplo do *Ação Global*⁴¹, que realizam somente ações

³⁹ O CNS é um cartão magnético criado pelo governo para controlar e facilitar todos os procedimentos médicos vinculados ao SUS. Este cartão armazena todos os dados do paciente e informações sobre suas consultas, como local de atendimento, data e horário, quais serviços do SUS foram disponibilizados e todos os procedimentos realizados (MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL DA SAÚDE, 2016).

⁴⁰ O Cadastro Único é um instrumento de identificação e caracterização socioeconômica das famílias brasileiras de *baixa renda*, que deve ser obrigatoriamente utilizado para seleção de beneficiários e integração de programas sociais do Governo Federal. É uma expressão da incorporação das novas tecnologias da informação e comunicação ao processo de condução das políticas públicas, em especial a de assistência social. Esse instrumento costuma ser descrito como um mapa representativo das famílias mais pobres e vulneráveis do Brasil, com amplo potencial de uso por diversas políticas de proteção social. Apresenta tanto informações da família e do domicílio em que ela reside (tais como composição familiar, endereço, características do domicílio, acesso a serviços públicos de água, saneamento, energia elétrica, despesas mensais e vinculação a Programas Sociais), quanto dados de cada um dos componentes da família (como documentação civil, qualificação escolar, situação no mercado de trabalho e rendimentos) (VELOSO, 2014, p. 88-89).

⁴¹ Ação Global é um mutirão para a prestação de serviços básicos para parte da população brasileira que tem dificuldade de acessar ações relacionadas a saúde, educação, cultura e lazer. No Estado do Rio, o movimento é fruto da parceria entre a Rede Globo e o Sesi Rio, que contam com o apoio dos governos do estado, dos municípios do Rio de Janeiro e de organizações diversas. (WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE, 2016)

descontinuadas e pontuais.

Estes entraves demonstram a contradição presente nesse processo, pois, compreende-se que o documento possui um *poder* em transformar o indivíduo em cidadão, o que é determinante no que diz respeito ao acesso as diversas políticas setoriais. De acordo com Brasileiro (2015), inexistente uma política nacional de identificação civil no Brasil. O que se vê no contexto brasileiro é a desarticulação de vários órgãos de diferentes esferas, que criam suas próprias normativas, ou seja, não se tem uma política nacional para se unificar e direcionar tais procedimentos.

No ano de 2007, foi criado um *Compromisso Nacional pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Básica*, que pode ser tipificado como um *programa de governo*. As ações decorrentes desse Compromisso passaram a ser então coordenadas pelo Comitê Gestor Nacional do Plano Social Registro Civil de Nascimento e Documentação Básica e a Semana Nacional de Mobilização para o Registro Civil de Nascimento e a Documentação Básica, que objetiva a promoção da ação articulada entre órgãos e entidades que buscam a erradicação do sub-registro civil de nascimento e a ampliação do acesso à documentação civil básica, bem como a realização do monitoramento e avaliação dessas ações (BRASIL, 2007, art. 5º). A vinculação dos municípios, estados e do distrito Federal ao Compromisso nacional se dará por meio de adesão voluntária (Ibid, art. 3º).

Contudo, conforme é mencionado, este não é uma política de Estado e sim um compromisso, uma chamada à sociedade civil e aos setores públicos para construção de um movimento contínuo para erradicar o não registro das pessoas. Esse movimento nasce em função do Programa Bolsa Família, quando o Compromisso Nacional pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Básica, recebeu investimento do Governo Federal, principalmente em virtude das populações ribeirinhas, que não tinham acesso a documentação civil básica (BRASILEIRO, 2015).

Pois, mesmo no século XXI, várias pessoas têm seu direito à vida digna subtraído, fazendo com que, por exemplo, sejam sepultados como *indigentes* ou, atualmente, nem tenham o direito ao sepultamento garantido, ou seja, perpassam toda a sua trajetória de vida de forma invisível socialmente.

Portanto, é relevante compreendermos que para emissão de cada documento existe uma instituição competente que atua de acordo com a área de abrangência do usuário. Cada instituição determina condicionalidades a serem seguidas para o requerimento de cada documento, por isso, para emissão de alguns, é necessário pagamento de taxas, ainda que se tenha algumas excepcionalidades, como por exemplo o CPF, quando requerido via internet.

Para além da burocratização contida no processo de emissão da documentação civil básica, outro obstáculo é a dificuldade de acesso as mais variadas instituições responsáveis pela emissão dessa documentação. A exemplo da realidade do Estado do Rio de Janeiro, que tem o DETRAN como instituição responsável pelo requerimento do RG, o Rio Poupa Tempo como instituição responsável pelo requerimento da CTPS, os Serviços ou Cartórios de Registro Civil das Pessoas Naturais⁴² como instituições responsáveis pela emissão da certidão de nascimento, casamento e óbito.

Nesse sentido, quem reside em áreas rurais e necessita ir a outros locais tem importantes gastos com tarifas de transportes rodoviários, reprodução de documentos e pagamentos de taxas, se for o caso. Muitos desconhecem que, nas situações de perda ou furto do RG, existe a possibilidade de obter a isenção das taxas referentes à emissão da 2ª via quando se apresenta a ocorrência policial, modo especial, no Estado do Rio de Janeiro (BRASIL. RIO DE JANEIRO, 1998, arts. 1º-2º). Desconhecem até mesmo sobre o atestado de hipossuficiência. No que tange ao atestado de hipossuficiência, a dificuldade ainda é maior por ser necessário o acesso à Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro (DPGERJ). Isto porque, de acordo com a realidade do Brasil, para aquelas pessoas que não tem nenhuma renda, a soma destes custos que, aparentemente, é irrisória se constitui em um significativo obstáculo no acesso a estes documentos.

Reitera-se, assim, o fato de se ter, no Brasil, mais um direito constitucional obstaculizado, já que é garantido por um aparato legal que diz que a documentação civil básica é um direito fundamental, associado ao respeito ao acesso à cidadania e à dignidade da pessoa humana. (BRASIL, 1988, art. 1º, inciso II-III).

⁴² Trata-se de instituições onde se praticam atos de registro ligados a momentos importantes da vida de uma pessoa. Além de nascimentos, casamentos e óbitos, lá também são averbadas separações, registrados divórcios, procurações, “emancipações, interdições e, ainda, fornecidas certidões de todos esses atos.” (CORREGEDORIA DA JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS, 2014, p. 04).

Sendo assim, cabe ao Governo Federal, em conjunto com os demais entes federados, a realização de ações, com vistas a consolidação do Compromisso Nacional pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Básica, com base nas seguintes diretrizes: fortalecimento da orientação sobre a documentação civil básica; erradicação do sub-registro civil de nascimento; ampliação da rede de serviços de registro civil de nascimento e documentação civil básica; universalização do acesso gratuito ao registro civil de nascimento⁴³ e ampliação do acesso gratuito ao Registro Geral e ao Cadastro de Pessoas Físicas, com a garantia da sustentabilidade dos serviços (BRASIL, 2007, art. 2º).

A vista disso, a partir da implementação do Compromisso Nacional pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Básica, foram criados vários grupos de trabalho e realizadas diversas reuniões, envolvendo diferentes instituições, tais como os Cartórios de Registro Civil de Pessoas Naturais, instituições das áreas da educação, da segurança pública e da saúde (com a presença de maternidades, por exemplo), nas três esferas de governo, buscando a realização de parcerias e o estabelecimento de estratégias para ampliar o acesso à documentação civil básica (IV ENCONTRO DE GESTORES MUNICIPAIS para Promoção do Registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Civil Básica do Estado do Rio de Janeiro, 2015).

Uma das ações desenvolvida pelo Comitê Estadual foi implementação do Posto de Atendimento Especializado para Identificação Civil da População em Situação de Rua e Vulnerável Social⁴⁴, que atende a todo Estado do Rio de Janeiro. Este serviço é construído devido ao convênio existente entre a DPGERJ, por meio do Núcleo de Defesa dos Direitos Humanos (NUDEDH) em conjunto com DETRAN/RJ (DPGERJ. NUDEDH et al., 2015) e realiza o serviço de identificação civil, permitindo a obtenção da primeira e segunda via da carteira de identidade. Realiza, também, a busca e pesquisa do local de registro de certidões de

⁴³ Por meio da Lei n. 9.534/1997, não serão cobrados taxas pela primeira via do registro civil de nascimento e pela emissão de certidão de óbito (BRASIL, 1997, art. 30).

⁴⁴ Trata-se do primeiro serviço do Estado do Rio de Janeiro voltado para essa população. Criado a partir do Decreto 43.067/2011, do Governo do Estado do Rio de Janeiro, que instituiu o Comitê Gestor Estadual de Políticas de Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Básica do Rio de Janeiro, funciona, desde a sua criação, na Rua Santa Fé, nº 42, no bairro do Méier, na cidade do Rio de Janeiro, no horário 9:00hs às 17:00hs (DPGERJ. NUDEDH et al., 2015).

nascimento e casamento pelos órgãos e instituições de assistência a esta população. Com certeza, é um projeto importante, mas não é o suficiente para atender a demanda reprimida existe no Estado, que necessita de mais investimento, principalmente, em regiões rurais e mais afastada dos grandes centros.

Por meio do trabalho desenvolvido por este Comitê, também foi sancionada no ano de 2015, a Lei estadual n. 7.088, que estabelece medidas que facilitam o acesso ao registro, com vistas a erradicar o sub-registro, ao mesmo tempo em prevê a instalação de unidades fixas de registro civil nos hospitais público no estado Rio de Janeiro e nos conveniados com o SUS que realize no mínimo cem (100) partos por mês, de modo que os bebês possam, ao ter alta da unidade, já possuir a certidão de nascimento e carteira de identidade, bem como os pais também terão acesso a segunda via da certidão civil ou da carteira identidade, quando necessário. Já as unidades de saúde que realizam menos de cem (100) partos mensais serão atendidas por serviços itinerantes de registro (BRASIL, 2015, art. 3º), podendo as maternidades e hospitais privados solicitar a instalação das unidades interligadas de registro civil de pessoas naturais e de postos de atendimento de identificação civil nos seus espaços físicos (BRASIL, 2015, art. 13).

Nessa mesma direção, destaca-se o projeto Ônibus da Justiça Itinerante. Trata-se de um projeto da Corregedoria do Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro que atende a população em diferentes locais. Nesse projeto, a população usuária que não tem acesso a certidão de nascimento e demais documentos pode ser atendida por três (3) juízes, um (1) promotor e um (1) defensor público. Contudo, pouco se vê em nosso dia-a-dia estas ações, por serem trabalhos pontuais e por vezes descontinuados e que necessitam ser ampliados (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, 2016).

Assim sendo, estas são apenas algumas das medidas desenvolvidas, de modo particular, no Estado do Rio de Janeiro pelo Comitê Gestor já citado. Entretanto, há ainda muitos desafios a serem enfrentados. A regulação das carteiras de identidades pelos institutos estaduais e a desarticulação entre os bancos de dados destes sistemas é um desses desafios. Isso porque, a atual política nacional voltada para a emissão de carteiras de identidades possibilita que um cidadão brasileiro possa ter vinte e sete (27) carteiras de identidade, ou seja, é possível se conseguir a emissão de uma carteira de identidade em cada estado no Brasil, tendo em mãos, apenas, a certidão de nascimento ou casamento. (BRASILEIRO, 2015)

Tendo em vista que outro dado relevante é que o Rio de Janeiro é o único Estado brasileiro onde a emissão da carteira de identidade não está, explicitamente, vinculada à política de segurança pública. Aliás, trata-se de uma contradição do Governo estadual que vem realizando ações⁴⁵ cuja tendência é a criminalização dos pobres. Atualmente, a emissão de carteira de identidade é feita pelo DETRAN/RJ, anteriormente, porém, era emitido pelo Instituto Félix Pacheco (IFP). Nos outros vinte e seis estados (26), este serviço está vinculado às instituições de crime e segurança (Ibid, 2015).

Daí a importância de se implementar uma política voltada para o acesso à documentação civil básica, com ações integradas em conjunto com as diversas instituições governamentais e entidades da sociedade civil, socializar as informações de acesso, divulgando os critérios de acesso às gratuidades na emissão de documentos, bem como divulgar as isenções tarifárias e os critérios de acesso para o requerimento de segunda via, pois, desta forma teremos políticas de Estado, superando os programas de governo que expressam a vontade política das gestões estaduais e municipais. Assim, ratifica-se a necessidade de se ocupar territórios nos interiores dos grandes centros, pois estes, em geral, ficam desprovidos de serviços públicos.

Por conseguinte, é necessário que o investimento na articulação dos gestores de diferentes áreas, já que este assunto perpassa diferentes políticas. Daí a preocupação em compreender o que pensa os gestores do HUPE, campo onde se deu a pesquisa, buscando entender suas inquietações e objetivos, no que diz respeito a esta temática. É com esse raciocínio que no item a seguir essas questões serão problematizados.

3.3- A importância dos documentos na concepção dos gestores

A pesquisa de campo, de caráter qualitativo, realizada no HUPE, envolveu responsáveis por diferentes setores, mas que guardam entre si uma certa unidade, que é a responsabilidade pela gestão.

⁴⁵ A exemplo do episódio onde policiais militares pararam o ônibus que fazia o trajeto sentido praia da Zona Sul do município do Rio de Janeiro, para revistar adolescentes, que teriam sido mapeados e apontados como suspeitos de praticar arrastões, mesmo sem *flagrante*. (SILVEIRA; ROUVENAT, 2015).).

Nesse sentido, foram entrevistados profissionais responsáveis pelo Setor de Admissão e Alta, pela UDA de Nefrologia, pelo Setor de Divisão Financeira, Faturamento e Cobrança e pelo Setor de Matrícula e Agendamento.

As entrevistas serão identificadas por números - um (1), dois (2), três (3) e quatro (4) - como uma forma de garantir o sigilo da pesquisa, conforme indicado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos entrevistados.

3.3.1 O acesso ao HUPE sem a documentação civil básica

Uma das preocupações presente nesse processo de pesquisa foi a identificação das situações que fazem com que a matrícula do usuário no HUPE para acompanhamento ambulatorial seja feita sem apresentação dos documentos.

Um dos entrevistados afirma que esta questão não aparece no HUPE por ser um trabalho já feito na ponta, pelos postos de saúde. Contudo, se este problema aparecer, esse entrevistado também diz não saber como resolver, por isso, chamará o Serviço Social (Entrevista1).

De acordo com a entrevista 1, existem duas formas de acesso ao ambulatório do hospital, ou seja, para ele fazer a matrícula:

- 1) quando o usuário não chega ao HUPE pelo Sistema de Regulação de Vagas, o usuário tem que ter em mãos, pelos menos, o RG ou CPF, o comprovante de residência e o encaminhamento médico do HUPE, solicitando a abertura de prontuário
- 2) quando o usuário chega ao HUPE via SISREG: a guia trazida por ele já contém alguns dados pessoais e o número do Cartão Nacional de Saúde.

Contudo, o entrevistado aponta que, obrigatoriamente, o usuário tem que vir pelo SISREG, mas, “existem excepcionalidades quando são usuários de pesquisa e entre outros”. Neste caso, o usuário apresenta no Setor de Matrícula e Agendamento o encaminhamento médico para realizar a abertura do prontuário único, sendo necessário ser avaliado antes pela Coordenação de Assistência Médica (CAM), pois eles que irão emitir a autorização para o usuário ser admitido no Hospital.

Entretanto, verifica-se no cotidiano de trabalho do Serviço Social do HUPE a existência de diversas portas de entrada, não somente o SISREG, mas também a entrada de usuários para fins de pesquisa, relações clientelistas, acesso informal e via judicialização. Bem como, é colocado à necessidade de o usuário obter uma autorização nessas situações de acesso informal. Logo, percebe-se algumas contradições nessa fala, visto que se enfatiza, na entrevista, que o usuário não pode ter o acesso à saúde negado em casos de urgência se não tiver a documentação, mas que necessita ter autorização da Coordenação de Assistência Médica. Entende-se, então, que se não for um caso de urgência, o usuário poderá ter sim o seu acesso a saúde negado devido à ausência de alguma documentação, a não ser que seja algum interesse de pesquisa por exemplo, fora isso, reafirma-se a negativa.

No entanto, as situações de acesso à unidade identificadas que não passam pelo sistema de regulação de vagas possibilita a presença no HUPE de usuários sem alguns dos documentos básicos, tendo em vista a apresentação no momento da efetivação da matrícula é obrigatório apresentar somente CPF ou RG. Muito embora, consideramos que esses casos venham ter mais destaque nas internações, por exemplo, quando o usuário realiza procedimentos, que precisam ser faturados ou até mesmo em casos de óbitos.

A pesquisa também explicitou que existem usuários que não possuem matrícula, mas que são internados. Nestes casos, a matrícula é realizada posteriormente, como pelo menos algum dos documentos solicitados, como indicado na fala a seguir. Caso já obtenha a matrícula, o cadastro é apenas atualizado.

Pode ser apresentada também somente a certidão de nascimento para abertura desta matrícula. É muito difícil a pessoa chegar sem nenhum documento. Acontece mais com moradores de ruas, mas é difícil o hospital atender este público por não ser emergência. Por exemplo, o morador de rua é atendido, mas a abertura da matrícula só é feita se a pessoa tiver algum documento, se não o sistema não aceitar. Podemos tentar localizar o cartão dos SUS pelo nome, data de nascimento, caso não localize nenhum dado a pessoa não interna oficialmente, ou seja, é atendida, mas, no sistema não consta a internação. Mas é muito difícil acontecer estes casos, geralmente sempre aparece algum parente/conhecido. Nunca peguei nenhum caso de que o usuário saia sem ter feito a matrícula por falta de documento, pois, sempre aparece alguém com alguma documentação. (Entrevista 2)

Para realização da matrícula os documentos necessários são: endereço telefone de contato, CPF ou RG e o CNS, se tiver. Caso não tenha, o Setor de Matrícula e Agendamento providencia. Nas situações de internação, o usuário ou

acompanhante dever ter em mãos a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), preenchida pelo médico do HUPE do ambulatório (Entrevista 2).

Observou-se, com a realização destas entrevistas, que os gestores apontam a necessidade de intervenção do Serviço Social nos casos de usuários sem documentação (Entrevista de 1 e 2), especialmente se essa situação trazer alguma implicação para o serviço no qual o usuário esteja realizando a matrícula. A entrevista de número 1 coloca que, nos casos de urgência, há a necessidade imediata de autorização da CAM, logo, entende-se, que mesmo sendo caracterizado um caso de urgência, mas se não tiver a autorização do CAM, o usuário ficará sem o atendimento necessário e o Serviço Social não será requerido.

A partir da realidade observada no hospital, a expectativa da grande maioria da equipe de saúde ao requisitar o Serviço Social para atuar nessas situações é que o assistente social resolverá de imediato a questão, não compreendendo que a intervenção desse profissional tem como instrumento as políticas públicas. Logo, o caráter focalizado, burocratizado e desarticulado dessas políticas impactará, de forma direta, na resposta profissional a ser apresentada.

3.3.2 A ausência de um setor de monitoramento dos usuários que não apresentam a documentação civil básica

A pesquisa ratificou a inexistência no HUPE de um setor que monitore as situações de usuários sem documentação civil básica. Alguns entrevistados desconsideram a necessidade de um setor com essa atribuição. “Se houver esta necessidade recorreria à assistente social. Mas só se fosse um caso atípico já que não existe esta especificidade aqui.” (Entrevista 1).

Entretanto, considera importante que a CAM seja comunicada, caso haja situações em que o usuário não apresente a documentação. Enfatiza-se que como o usuário vem do SISREG, os dados são colhidos por este sistema, diferentemente dos usuários que acessam fora do protocolo atualmente instituído, que são

[...] os casos que não vem pelo SISREG, mas se for um caso de urgência a gente não pode prejudicar a saúde e assistência do paciente simplesmente porque ele não tem a documentação, a gente vai efetuar a matrícula e dá prosseguimento ao que for necessário na coleta de dados, mas jamais impediria do paciente fazer a matrícula porque ele não tem a documentação. Esses casos são encaminhados para CAM, se ele tiver a necessidade de urgência ele vai fazer, agora a autorização é indispensável.

A entrevista 3 indica a ausência de um fluxo para o acesso ao dos usuários ao HUPE, assim, usuários irão continuar a ser matriculados no Hospital, uma vez que se configure situação de urgência e risco de morte.

Em todas as entrevistas foi colocada a não necessidade de ter o monitoramento dos casos dos usuários que não apresentam a documentação, por serem poucos os casos que aparecem nesta unidade de saúde, como demonstrado na fala a seguir.

Nestes quatro anos não pegamos nem dez casos, bem menos que isso e sempre apareceu algum documento. Quando aparecem estes casos entramos em contato com o Serviço Social para ver se consegue descobrir alguma coisa, mas é bem raro esses casos. Não acho importante ter um setor para monitorar isso, pois, são casos isolados. É um a cada seis meses. (Entrevista 2).

As entrevistas 1 e 2 enfatizam que esses casos são mais característicos em hospitais de emergência. Contudo, vemos que não consideram importante ter um fluxo para se organizar esta questão, pois na fala deles, a documentação é apenas um trabalho burocrático, não possuem a compreensão que a documentação também integra o processo de tratamento de saúde ampliado, bem como trazem impactos para própria instituição, como a dificuldade de realizar o próprio faturamento, dentre outros procedimentos.

No cotidiano de trabalho da equipe de Serviço Social no HUPE, observa-se inúmeras internações realizadas de usuários que não tem nenhum vínculo com o hospital. São usuários que internam e fazem a matrícula, na maioria das vezes, com um único documento, não tendo atendimento mais qualificado que busque saber se o usuário tem os demais documentos.

3.3.3 A importância da documentação exigida para admissão dos usuários para a gestão do hospital

Quando perguntado sobre os impactos que a ausência desta documentação coloca para a instituição, relata “a inviabilidade de não conseguir fazer nenhum tipo de faturamento, pois, para faturar e realizar alguns exames é necessário ter o CNS” (Entrevista 1).

Observa-se que é colocado com bastante ênfase que este setor de atendimento não tem a atribuição de atender usuários sem a documentação civil básica ou sem algumas das documentações exigidas, visto que são encaminhados pelo SISREG, onde se pressupõe a existência de tal documentação (Entrevista 1).

Exemplifica que no processo de admissão o impacto causado devido a não apresentação da documentação é o usuário realizar a internação de forma irregular, ou seja, não tem a matrícula, assim como para realizar alguns exames ou procedimentos classificados como de alta complexidade, pois, nessas situações o usuário também tem que ter o Cartão Nacional de Saúde. Se até o final da internação o usuário conseguir ter acesso a alguma documentação, o Hospital *cobrar* no sistema a internação do usuário. São poucos os procedimentos que podem ser faturados sem o CNS, mas a gestão do HUPE não sabe se isso interfere ou não na realização do procedimento que o usuário necessita, como indicado na fala a seguir.

Tem alguns médicos que falam se não tiver o CNS não realizaram o procedimento. Mas nós não temos esse acompanhamento se eles realmente não fazem o procedimento. O documento é fundamental para abertura do prontuário (matrícula) e para cobrar o SUS. Aqui é muito raro usuários não ter nenhum tipo de documentação, deve acontecer mais em emergências. (Entrevista 1).

Contudo, analisamos nesta entrevista o quanto é importante o CNS para realização de alguns procedimentos, logo, é necessário ter acesso a documentação civil básica, entretanto, não existe o monitoramento se alguns dos procedimentos deixam de ser realizados de fato. Porém, vemos o quanto é importante a documentação para própria instituição no diz respeito à manutenção da sua receita monetária, mas não se tem uma organização institucional com este fim. Há de se considerar as diversas portas de entrada que possui esta unidade de saúde, e que demandam a matrícula do usuário.

A entrevista 3 reitera a inexistência de um fluxo organizado de porta de entrada no hospital e que implica na abertura do prontuário das situações que envolvem urgência e emergência.

[...] todo usuário que é internado formalmente no hospital [...] tem que ter um registro, onde isso implica em ter uma documentação, então isso já existe. O que não existe é nas situações de urgência e emergência [...]. O país tem um contingente de pessoas que vivem à margem da sociedade que não tem se quer os seus documentos básicos. (Entrevista 3).

O entrevistado 3 julga importante criar um mecanismo para esses poucos usuários que adentram a instituição, seja por meio da criação de um fluxo, seja por uma conduta que permita que essas situações sejam rapidamente solucionadas. Mas, também ratifica que estas situações são raras e não muito frequentes. Embora reconheça os prejuízos da alta do usuário sem que ele regularize a sua situação do acesso à documentação perante à diálise, pois, isso impactará no processo de transferência. Dessa forma, reconhece as implicações que a ausência de documento traz para o usuário dentro da unidade de saúde.

Ele (o paciente) fica preso no hospital. Se o paciente estiver internado, mesmo sem documento, o paciente não é impedido de fazer nenhum exame, mas se ele tiver tido alta e houver a necessidade de comparecer ao hospital somente para sessões de diálise, não tem acesso a nenhum recurso e a nenhum exame. Mesmo dentro do hospital o usuário fica a margem, não tem a possibilidade de atendimento próximo a sua residência, para transferência necessita ter a documentação em dia, e não tem o acesso a medicamentos excepcionais.

Nesta entrevista se reconhece a importância da documentação civil básica para o usuário, no que diz respeito ao acesso a medicamentos e em situações que é necessário realizar transferência, como por exemplo, na hemodiálise. Esse reconhecimento é mais ainda evidenciado quando diz que

Se o usuário necessitar de uma TRS se tornará um problema para a instituição se ele não tiver a documentação civil básica. Um amigo do Nordeste me mostrou duas fotos de dois usuários com a foto na identidade com um cateter no pescoço, pois, foram a primeira vez que obtiveram este documento. (Entrevista 3)

Assim, demonstra saber do grande problema que é a ausência da documentação em âmbito nacional e reconhece a importância do acesso à documentação civil básica para realizar o acompanhamento de saúde. Nessa perspectiva é a única fala dos gestores entrevistados que se aproxima um pouco mais do conceito de saúde ampliado, mas considera que o hospital não ter este papel, já que o Brasil tem esta realidade. Ou seja, questiona o modelo de saúde centrado somente na assistência a ausência de doença, mas apresenta uma visão fatalista da realidade, reiterando que não se deve ir além deste do que está instituído.

Por considerar que são poucos os casos que ocorrem no hospital, demonstra ter a compreensão que o prontuário gerado quando se faz a matrícula é considerado um documento, pois, neste momento o usuário já apresentou alguma

documentação. Contudo, sabe-se que o prontuário pode ser gerado apenas com a certidão de nascimento, ou seja, como já foi discutido, os usuários que realizam sessões de hemodiálise e que não estão internados vivenciam diversas dificuldades para realizar diferentes procedimentos. Entretanto, a entrevista 3 reafirma a hipótese desse TCR quando diz que a ausência da documentação civil básica para usuários que realizam acompanhamento ambulatorial impede sim o acompanhamento e/ou tratamento de saúde, como por exemplo, a realização de exames.

A entrevista 4 aponta que o Setor de Faturamento não interfere no processo de entrada do usuário na instituição, mas que é um setor consultado para saber quais informações são necessárias para realizar o faturamento dos procedimentos realizados na unidade.

Na compreensão do entrevistado, para fins de faturamento, não é necessário o CPF, mas sim do Cartão Nacional de Saúde. Sabe-se, contudo, que para obter o CNS é necessário ter o Cadastro de Pessoa Física. Aponta uma concepção bastante restrita de saúde e de gestão quando diz que “a documentação não é relevante, mas que é preciso ter organização documental”.

Essa entrevista enfatiza que o faturamento é importante para sustentabilidade do hospital, não referente aos pagamentos dos profissionais, mas no que diz respeito aos insumos necessários para a instituição de saúde. Ao dizer isso, esclarece que “faturar, de modo geral, é transferir os procedimentos feito pela equipe de saúde em códigos”. Os ambulatórios já enviam para o Setor de Faturamento com os códigos dos procedimentos de acordo com a tabela SUS.

Logo, é relevante enfatizar nesta entrevista, que apesar de ser colocado a não importância da documentação civil básica para fins de realização do faturamento, é necessário ter o CNS, sendo assim, os profissionais demonstram não ter a compreensão que a questão da documentação está totalmente interligada, ou seja, um depende do outro.

Embora não se tenha no Brasil uma política nacional de acesso à documentação civil básica, que corrobore com os aparatos legais que afirmam esse acesso como direito humano, universal e gratuito, como já sinalizada no item anterior, as entrevistas 1, 2 e 4 enfatizam a importância da documentação para realizar o *faturamento* do hospital. Na entrevista 2, é colocado que estes casos são mais frequentes em hospitais de emergência, como o HUPE não tem este perfil, são poucos os casos. Porém, na prática de trabalho da equipe de Serviço Social nesta

instituição de saúde, vemos a admissão de diversos usuários em diversas especialidades em caráter de urgência e emergência, que muitas das vezes não possuem nenhum vínculo com o hospital, mas, por “coleguismo” e outros fins, adentram o hospital para realizar acompanhamento de saúde. Daí a importância de ter um fluxo organizado para esta questão da documentação, para se ter uma otimização destes registros.

3.3.4 Considerações gerais

Esta pesquisa foi de fundamental importância para entendermos como alguns setores do HUPE trabalham, mas também demonstra o quanto o acesso a esta unidade de saúde é complexo. Os procedimentos institucionais de admissão não são respeitados por parte de vários profissionais, que buscam viabilizar diversas formas de acesso, caracterizando o hospital como um campo de disputas de interesses.

Sabe-se que para propor e organizar algum fluxo que dê centralidade à documentação civil básica no HUPE exige um investimento da gestão, devendo, então, ter interesse de desenvolver um trabalho com esta finalidade. Contudo, temos a dimensão que não é um trabalho simples de ser realizar, pois, envolve estratégias que devem ser elaboradas em conjunto com a equipe multidisciplinar.

Como constatado nesta pesquisa, as consequências da inexistência deste fluxo institucional rebatido, particularmente, no trabalho do Serviço Social, que sempre é chamado a intervir no final do processo, quando deveria ser um dos primeiros serviços a ser comunicado, pois, diz respeito à competência do assistente social viabilizar o acesso aos diferentes direitos que integram o processo de saúde-doença do usuário. Mas, constatamos que não é tão simples assim garantir os acessos a tais direitos fundamentais por envolver diversas questões já mencionadas neste estudo.

Porém, também cabe ao assistente social propor e elaborar estratégias de ação para alterar este cenário, a fim de viabilizar o acesso a documentação civil básica, mas tais estratégias devem estar embasadas teoricamente e em dados da realidade das condições de vida e trabalho dos usuários do Hospital. Por isso, a necessidade de se pensar um fluxo organizacional, onde o Serviço Social tenha

acesso ao sistema de admissão dos usuários, no qual neste conste qual a documentação apresentada e se esse usuário tem os outros documentos.

Daí a importância da sistematização da prática cotidiana desses profissionais, apesar da complexidade presente nessa atividade, essa se constitui em uma alternativa de superação de uma atuação rotineira, burocratizada e fatalista.

Esta pesquisa, sem dúvidas, trouxe mais reflexões do que respostas, por se tratar de um estudo inicial que não se esgota aqui e que necessita ser aprofundado, até porque esta temática ainda é pouco discutida na profissão, daí a dificuldade até de se encontrar literatura crítica na área que adense este debate.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da experiência no Hospital Universitário Pedro Ernesto de atendimento aos usuários que possuem doença renal crônica, foi possível apreender a complexidade das situações que permeiam essa população, bem como desvelar fatos da essência, para além de sua aparência imediata.

O tratamento de saúde das pessoas que possuem doença renal crônica está inserido em uma conjuntura heterogênea de ações que demanda investimento de grandes recursos financeiros, infraestrutura adequada, profissionais capacitados e, principalmente, da intensificação da ação pública do Estado em implementar políticas públicas que promovam a prevenção, a promoção, tratamento e acompanhamento da doença renal crônica em todos os estágios.

Por conseguinte, o debate acerca do acesso a documentação civil básica pode ser um dos pilares de atuação da categoria profissional de assistentes sociais como forma de luta pela ampliação e consolidação da cidadania, sendo esta atividade intrínseca ao exercício profissional na medida em que os direitos e políticas sociais vêm sendo cada vez mais dizimadas pela contrarreforma do Estado.

Há de se considerar a insuficiente produção teórica, bem como a parca elaboração de trabalhos desenvolvidos acerca desta temática tanto no interior da categoria profissional como pelos movimentos sociais, com o objetivo de se ampliar estratégias voltadas para estas questões.

A temática aqui abordada diz respeito ao que próprio Código de Ética da categoria preconiza, que é uma luta voltada na garantia do acesso a um direito humano, apesar de sabermos que este enfrentamento depende da articulação com os diferentes sujeitos políticos coletivos preocupados com a defesa dos direitos humanos, até para se fomentar a construção de uma política nacional.

Também é de suma importância ter no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais uma preocupação com esta questão, pois, os trabalhos voltados a para garantia dos direitos civis também dizem respeito à defesa dos direitos humanos. Deve-se ter a compreensão que os direitos humanos são indivisíveis, não existindo hierarquia do qual é mais importante, mas que todos são indispensáveis na vida social do usuário.

A pesquisa de campo realizada demonstrou que os gestores não apontam como prioridade de gestão a criação de um fluxo institucional para as situações que

envolvem a ausência da documentação civil básica, pois argumentam inexistir problemas de ausência de documentação no hospital. Contudo, apesar deste posicionamento dos gestores, o DSIT não emitiu um relatório com dados que demonstrassem tal realidade, o que caracteriza ainda um desconhecimento acerca dos registros das informações referente à documentação civil básica dos usuários da referida unidade de saúde, aqui pesquisada. Daí a importância da realização de futuras pesquisas voltadas para essa temática, até para se conseguir o acesso junto ao DSIT a essas informações que serão fundamentais para se obter uma melhor compreensão sobre a forma que estes dados são registrados e se realmente existe algum registro destes dados.

Assim sendo, a proposta resultante desta pesquisa é que os usuários que não tenham nenhum ou todos os documentos que compõem a documentação civil básica sejam encaminhados ao Serviço Social, com vistas a iniciar o acompanhamento social, ao mesmo tempo que começarão também o acompanhamento de saúde, não sendo a ausência de documentos impeditivo para tal. Trata-se de algo já realizado pelo Serviço, mas que não é reconhecido institucionalmente pelo Hospital. Dessa forma, esses usuários terão acesso à informação sobre os seus direitos e os assistentes sociais do HUPE estarão caminhando ao encontro com o que está preconizado no Código de Ética Profissional (CFESS, 1993).

À vista disso, para este trabalho ser desenvolvido no HUPE/UERJ, será imprescindível que o profissional utilize como proposta de trabalho à assessoria a direção do hospital, que é uma competência do assistente social, logo, também garante o acesso ao direito à saúde integral. Logo, é relevante citar que a prestação de assessoria não significa que o profissional não esteja realizando um trabalho assistencial, pois uma ação não anula a outra. (MATOS, 2009, p. 07)

Desta forma, toma-se o Código de Ética como instrumento fundamental para que o profissional possa ter uma atuação propositiva a partir de planejamentos, análises, avaliações e criação de estratégias e rotinas de ação que tenham como objetivo a socialização das informações e garantia dos direitos sociais.

Ao assistente social, cabe estar preparado para prestar assessoria, quando solicitado pela gestão da instituição onde atua. Mas a assessoria nem sempre precisa ser solicitada ao Serviço Social. Assim, cabe ao assistente social, quando solicitado ou não, levar a diferentes instâncias de gestão-coordenações, chefias- e a grupos e organizações populares-, associações,

movimentos sociais, órgãos de representação etc. – os achados e indicações que resultam da sistematização dos dados do seu cotidiano profissional. E junto aos segmentos populares, cabe ainda ao assistente social a criação de espaços que favoreçam a reflexão, a democratização de informações, a mobilização e a organização. (VASCONCELOS, 2010, p.12 apud BRAVO E MATOS, 2006, p. 8-11).

Tem-se a clareza que não é possível esgotar tal discussão nesse trabalho, contudo, o conteúdo aqui exposto oferece relevante contribuição para o debate no acesso a documentação civil básica, na medida em que nos esforçamos para demonstrar nesta pesquisa os entraves enfrentados pelos usuários que não tem acesso a nenhuma documentação e, até mesmo, por aqueles que têm acesso somente a alguma documentação, o que mesmo assim coloca limites no acesso à saúde na sua perspectiva ampliada. Por isso, o empenho em desenvolver a pesquisa na unidade em que a pesquisadora se vinculou na condição de residente de Serviço Social, pois isso possibilitou termos uma melhor compreensão de a questão da documentação está posta na unidade de saúde campo dessa pesquisa.

Buscou-se desenvolver o debate articulado com a discussão da categoria acesso, tendo em vista estar totalmente articulado com o acesso à documentação e, conseqüentemente, ao acesso à saúde, de modo particular, bem como as diversas políticas setoriais.

Logo, o debate da categoria acesso está intrinsecamente, ligado à discussão que permeia os direitos humanos, principalmente, referente à dignidade da pessoa humana. Daí a importância de ser reconhecida enquanto pessoa nos seus diferentes espaços, por isso a necessidade de ter acesso à documentação.

Isto posto, também colocamos em xeque o debate da finalidade de cada documento, para demonstrarmos os fundamentos teórico-conceituais, sobretudo, jurídico-políticos de cada um. Deste modo, nos esforçamos em trazer algumas legislações que tratam deste assunto. A dificuldade de organizar e sistematizar tais informações se dá pela ausência de uma política nacional que coordene tais ações, onde as informações e medidas governamentais ficam soltas a depender de cada município e/ou Estado.

Foi possível identificar algumas iniciativas do Comitê Gestor Nacional do Plano Social Registro Civil de Nascimento e Documentação Básica cujas ações são desenvolvidas para enfrentamento deste cenário que, infelizmente, em pleno século XXI nos desafia diariamente. No entanto, sabemos que ainda são ações pontuais e

que cabe ao Governo Federal a responsabilidade em desenvolver ações contínuas para alterar este quadro em âmbito nacional.

Portanto, é notório que a ausência de políticas em torno deste assunto traz consequências extremamente nefastas na vida cotidiana do usuário. Daí nossa perspectiva de trazer à tona tais discussões, ainda que iniciais, acerca dos enfrentamentos que se tem e da necessidade da categoria de assistentes sociais tomar esta temática como objeto de trabalho e estudo, a fim de problematizá-la e ampliar as discussões a ela referentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social (com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembleia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996)**. Brasília: ABEPSS, 1996. Disponível em: < http://abepss.org.br/files/Lei_de_Diretrizes_Curriculares_1996.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2015

AMIN, Júlia. **Chuva inunda Centro Cirúrgico do Hospital Pedro Ernesto**. Matéria publicada no Jornal O Globo, veiculada em 16/01/2016, às 19:29h e atualizada em 17/01/2016, às 7:08h. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/rio/chuva-inunda-centro-cirurgico-do-hospital-universitario-pedro-ernesto-1-18491373>> Acesso em 24. jan.2016

ANVISA. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 154, de 15 de junho de 2005**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise. Disponível em: < http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta9/resolucao_rdc_n154_2004_regulamento_servicos_dialise.pdf>. Acesso em: 20. dez. 2015

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, nov. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232012001100002&lng=en&nrm=iso> acessado em 17. Jun. 2015

BASTOS, Amanda Suelen Ferreira. **A renovação do serviço social e vigência na contemporaneidade**. Sergipe: UFS, 2013. p. 365-378. Disponível em: < http://fjav.com.br/revista/Downloads/edicao08/Artigo_365_378.pdf>. Acesso em 07. Out. 2015

BEHRING, Elaine Rossetti. Política social no contexto da crise capitalista. In: CFESS; ABEPSS (Orgs.) **Serviço Social: Direitos Sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009, p. 301- 321.

_____.; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: 8ed: Cortez, 2011.

BRASIL. CNS. CONEP. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. < <http://pt.slideshare.net/inez2009/resoluo-cns-4662012> >. Acesso em 20. jan. 2016

_____. CNS. **Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003**. 2003. Disponível em: < http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf> Acesso em: 15. Set. 2015

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm >. Acesso em: 15 out. 2015

_____. **Decreto nº 43.067, de 8 de julho de 2011.** Institui o Comitê Gestor Estadual de Políticas de Erradicação do Sub-Registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Básica e dá outras providências. Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/28288151/pg-3-parte-i-poder-executivo-diario-oficial-do-estado-do-rio-de-janeiro-doerj-de-11-07-2011>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. **Decreto nº 6.289, de 6 de dezembro de 2007.** Estabelece o Compromisso Nacional pela Erradicação do Sub-registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Básica, institui o Comitê Gestor Nacional do Plano Social Registro Civil de Nascimento e Documentação Básica e a Semana Nacional de Mobilização para o Registro Civil de Nascimento e a Documentação Básica. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6289.htm >. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. **Lei 8662, de 7 junho de 1993.** Dispõe sobre a profissão de Assistentes Sociais e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm> Acesso em: 24 set. 2015

_____. **Lei n. 12.687, de 18 de julho de 2012.** Estabelece a gratuidade da primeira via da carteira de identidade. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12687.htm > Acesso em: 25 jan. 2016.

_____. **Lei n. 7088, de 22 de outubro de 2015.** Estabelece medidas para a erradicação do sub-registro civil de nascimento no Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aabd9cac8032564fe0065abb4/a75ab8c1f7163b3283257ee7005bf353?OpenDocument> >. Acesso em: 27. out. 2015

_____. **Lei n. 9.534, de 10 dezembro de 1997.** Estabelece a não cobrança de taxas pela primeira via do registro civil de nascimento e pela emissão de certidão de óbito. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9534.htm >. Acesso em: 25 jan. 2016.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm >. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. **Lei nº 3051, de 21 de setembro de 1998.** Dispõe sobre a isenção do pagamento de taxa de 2ª via (segunda via) de documentos roubados, quando expedidos por órgãos públicos do Estado do Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/143874/lei-3051-98> >. Acesso em: 26 jan. 2016

_____. **Lei nº 7.783, de 28 de junho de 1989.** Dispõe sobre o exercício do direito de greve, define as atividades essenciais, regula o atendimento das necessidades

inadiáveis da comunidade, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7783.htm >. Acesso em: 24 jan. 2016.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm >. Acesso em: 20 out. 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014.** Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html >. Acesso em: 18 jul. 2014.

_____. PORTAL SAÚDE. **Cartão Nacional de Saúde.** 2016. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/cartao-nacional-de-saude> >. Acesso em: 07 jan. 2016.

_____. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014.** Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html >. Acesso em: 18 jul. 2014

_____. **Projeto de Lei nº 92/2007.** Regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, definindo as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público. Disponível em: < regulamenta o inciso XIX do art. 37 da Constituição Federal, definindo as áreas de atuação de fundações instituídas pelo poder público Acesso em : 21 dez. 2015

_____. RIO DE JANEIRO (Estado). Lei nº 7088, de 22 de outubro 2015. Estabelece medidas para a erradicação do sub-registro civil de nascimento no Estado do Rio de Janeiro, e dá outras providências. Disponível em: < <http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/CONTLEI.NSF/e9589b9aabd9cac8032564fe0065abb4/a75ab8c1f7163b3283257ee7005bf353?OpenDocument> >. Acesso em: 21 dez. 2015.

_____. **Sistema de Regulação de Vagas.** 2016. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430> >. Acesso em: 09 jan. 2016.

_____. **Sistema de Regulação de Vagas.** 2016. Disponível em: < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430> >. Acesso em: 09 jan. 2016.

BRASILEIRO, Tula Vieira. **“Filho de”:** um estudo sobre o sub-registro de nascimento na cidade do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Educação). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: < <http://www.maxwell.vrac.puc->

rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=12856@1 >. Acesso em: 19. dez. 2015

_____. **Entrevista concedida a Juliana Rodrigues Freitas.** Realizada em 23 de outubro de 2015 (mimeo).

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.) **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

_____.; MATOS, Maurílio Castro. (Orgs.) **Assessoria, Consultoria e Serviço Social.** Rio de Janeiro: 7 Letras, FAPERJ, 2010.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Saúde Coletiva** v.17. n.1. Rio de Janeiro: 2007. p. 78-93.

CALTRAM, Gladys Andrea Francisco. **O registro de nascimento como direito fundamental ao pleno exercício da cidadania.** Curso de Mestrado. São Paulo: UNIMEP, 2010. p. 7-36. Disponível em: <<https://www.unimep.br/phpg/bibdig/pdfs/2006/WLLANLIBSYCU.pdf>> Acesso em: 30. Jun. 2015

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social.** 1993.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde.** CFESS, 2010.

COMUNIDADE HUPE RESISTE. Disponível em: <https://www.facebook.com/Lutopelohupe/?fref=ts>> Acesso em 24 jan. 2016

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 333**, de 04 de novembro de 2003.< http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf> Acesso em: 15. Set. 2015

CORREGEDORIA DA JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E DOS TERRITÓRIOS. **O cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais.** 2014. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/publicacoes/manuais-e-cartilhas/cartilha-de-cartorios-extrajudiciais/o-cartorio-de-registro-civil-das-pessoas-naturais>> Acesso 26 jan. 2016.

DORNELLES, João Ricardo W. **O que são Direitos Humanos.** São Paulo: Brasiliense, 2006.

DPGERJ. NUDEDH et al. **Posto de Atendimento especializado para identificação Civil da população em situação de rua e vulnerável social.** 2015

FALEIROS, Vicente de Paula. Reconceituação do Serviço Social no Brasil: uma questão em movimento? **Serviço Social e Sociedade**, n. 84, ano XXVI. São Paulo, Cortez, Nov/2005,p. 21-35.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 109-110.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Crise na saúde do Rio de Janeiro**. 2015. Disponível em <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/12/1722776-cri-se-na-saude-faz-hospitais-do-rio-fecharem-emergencia.shtml>>. Acesso em 09 jan. 2016.

FUHRMANN, Nadia Lucia. Neoliberalismo, Cidadania e Saúde: a recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. **Civitas**. v.4, n.1, Porto Alegre: PUC/RS, 2004, p. 112-130. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/viewFile/49/1732>>. Acesso em: 24 mai. 2014.

GARCIA, Juliane Escascela. **“Lá e de volta outra vez”**: um estudo sobre o acesso ao serviço de pediatria do Hospital Federal dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Trabalho de conclusão de curso. Niterói: UFF, 2013. p. 17-29.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf>. Acesso em: 10. jun. 2015.

GIOVANELLA, Ligia; FLEURY, Sonia. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In EIBENSCHUTZ, Catalina., (Org). **Política de saúde: o público e o privado** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/q5srn/pdf/eibenschutz-9788575412732-09.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2015

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 2004. p. 10-107.

HUPE. **Hospital Universitário Pedro Ernesto. Especialidades. Nefrologia**. 2016. Disponível em: <http://www.hupe.uerj.br/hupe/Especialidades/ES_Nefrologia.php> Acesso em 09 jan. 2016.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**. 29ed: São Paulo, Cortez; CELATS, 2009.

IV Encontro de Gestores Municipais para promoção do Registro Civil de Nascimento e Ampliação do Acesso à Documentação Civil Básica do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Edifício Sede do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. 21 out. 2015.

JORNAL EXTRA. **TCM aponta irregularidades de R\$ 80 milhões em contratos de nove Organizações Sociais na Saúde do Rio**. Disponível em:<<http://extra.globo.com/noticias/rio/tcm-aponta-irregularidades-de-80-milhoes-em-contratos-de-nove-organizacoes-sociais-na-saude-do-rio-18440905.html>> Acesso em 24 jan. 2016

JORNAL O DIA ON LINE. **Incêndio no Hospital Pedro Ernesto**. 2012. Disponível em: < <http://odia.ig.com.br/portal/rio/governador-confirma-morte-de-paciente-ap%C3%B3s-inc%C3%AAndio-no-hupe-1.458906> >. Acesso em: 24 jan. 2016.

MATOS, Maurílio Castro de. Assessoria, auditoria e supervisão técnica. In: CFESS; ABEPSS (Orgs) **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MATTA, Roberto da. **A mão visível do Estado: notas sobre o significado cultural dos documentos na sociedade brasileira**. Universidade de Norte Dame. Anuário Antropológico/99. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2002.

MENDES, Áquilas. O subfinanciamento e a mercantilização dos sus no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al. (Orgs). **A Mercantilização da saúde em debate**. 1.ed. Rio de Janeiro: UERJ, Redes Sirius, 2015, p. 14-19.

MENEZES, Juliana Souza Bravo. **Serviço Social e Saúde: referências de conhecimento de Assistentes Sociais – Hospitais Universitários/RJ**. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Serviço Social. UERJ: Rio de Janeiro, 2005.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das Políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: JACOBO, Inkelman (Org). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 235-248.< <http://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf> > Acesso em 18 set. 2015

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org); DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Coleção Temas Sociais. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTAL DA SAÚDE. **Cartão Nacional de Saúde**. 2016. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/cartao-nacional-de-saude> >. Acesso em: 07 jan. 2016.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Estudos socioeconômicos. In: CFESS; ABEPSS. (Org.) **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS; ABEPSS, 2009. p. 481-96.

NETTO, José Paulo. O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois. **Serviço Social e Sociedade**, n.84, ano XXVI. São Paulo: Cortez, nov/2005, p. 05-19.

_____. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: CFESS; ABEPSS; CEAD/UnB (Orgs.) **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Brasília: CFESS; ABEPSS; CEAD/UnB, 1999. p. 01-21.< <http://welbergontran.com.br/cliente/uploads/4c5aafa072bcd8f7ef14160d299f3dde29a66d6e.pdf> >. Acesso em: 07 jun. 2015.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991. p. 127-289.

_____. Introdução ao Método da Teoria Social. Capacitação em Serviço Social. CEAD/UNB, 2009. Disponível em: < <http://www.pcb.org.br/porta1/docs/int-metodo-teoria-social.pdf> >. Acesso em: 26 ago. 2014.

NUNES, Amanda Pereira. **O RioCard Especial e os impactos no acesso ao tratamento de pessoas com doenças crônicas: o caso dos renais crônicos em terapias renais substitutivas no Rio de Janeiro**. Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Serviço Social. Rio de Janeiro: HUPE/UERJ, mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948**. 1948. Disponível em: < <http://dnnet.org.br> >. Acesso em: 15. nov. 2015.

PEIRANO, Mariza. G. S. De que serve um documento? In: PALMEIRA, Moacir; BARREIRA, César. (Orgs) **Política no Brasil: visões de antropólogos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Núcleo de Antropologia da Política/ UFRJ, 2006. p. 25- 49. Disponível em: < http://www.marizapeirano.com.br/capitulos/2006_de_que_serve_um_documento.pdf > Acesso em: 04. dez. 2015

_____. Identifique-se! O caso Henry Gates *versus* James Crowley como exercício antropológico. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 26 n.77. out. 2011, p. 63-76. Disponível em: <http://www.marizapeirano.com.br/artigos/2000_identifique_se.pdf >. Acesso em: 04. dez. 2015.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Estado, sociedade e esfera pública. CFESS; ABEPSS (Orgs.) **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural**. Faculdade de Medicina / UFMG: Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/internatorural/biblioteca.php> >. Acesso em: 20. Out. 2015

PORTAL DO BRASIL. **CPF pode ser emitido de graça pela internet**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/08/cpf-pode-ser-emitido-de-graca-pela-internet> > Acesso em 11 jan. 2016.

RESENDE, Leandro. **Em colapso, sistema de saúde no Rio vive a pior crise de sua história**. 2015. Disponível em < <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2015-12-23/em-colapso-sistema-de-saude-no-rio-vive-a-pior-crise-de-sua-historia.html> >. Acesso em: 09 jan. 2016.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. Modelos de gestão na saúde: O modelo de Gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al (Orgs). **Política de saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde**. 2º ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-SSind, 2008. p. 25-35.

RUIZ, Jefferson Lee de Souza. **Direitos humanos e concepções contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2014. p. 11-90

RUIZ. Direitos Humanos: argumentos para o debate no Serviço Social. In: FORTI, Valéria e BRITES, Cristina Maria (orgs). **Direitos Humanos e Serviço Social: polêmicas, debates e embates**. 3ed: Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2013.

SERVIÇO SOCIAL DA UDA DE NEFROLOGIA do HUPE. **Protocolo para Referência de Atendimento do Serviço Social**. Rio de Janeiro: HUPE, 2013a

_____. **Protocolo para Referência de Atendimento do Serviço Social**. Rio de Janeiro: HUPE, 2013b

SILVEIRA, Daniel; ROUVENAT, Fernanda. **Zona Sul do Rio tem tumulto em ônibus e relatos de assaltos na praia**. 2015. Disponível em: < <http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/noticia/2015/09/zona-sul-do-rio-tem-tumulto-em-onibus-e-relato-de-assaltos-em-praia.html> > Acesso em: 26 jan. 2016.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. Biblioteca Básica de Serviço Social. v.3. São Paulo: Cortez, 2007.

SINDICATO NACIONAL DOS DOCENTES DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR. ANDES-SN.. **Reitores da Unirio, UFCG e UFS assinam adesão à Ebserh**. 2015. Disponível em < <http://www.andes.org.br/andes/print-ultimas-noticias.andes?id=7908> >. Acesso em: 11 jan. 2016.

SOARES, Raquel Cavalcante “*A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social*”. In: BRAVO, Maria Inês Souza e MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Orgs.). **Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos: desafios atuais**. São Paulo: Cortez, 2012.

SOUSA, Charles Toniolo de. **A prática do Assistente Social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**. Ponta Grossa: Emancipação, 2008. p. 119-132. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/joseweldson/prtica-do-assistente-social-conhecimento-instrumentalidade-e-interveno-profissional>> Acesso em 13. Jan. 2016

SOUZA, Rodriane de Oliveira, et al. **Projeto de intervenção do serviço social na atenção às pessoas com doença renal crônica ou aguda**. Serviço Social Programa da Saúde do Adulto: Hospital Universitário Pedro Ernesto. Rio de Janeiro, 2015.

TRAVASSOS, Claudia; MÔNICA, Martins. **Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde

Pública, 2004. p.191-198. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/14.pdf> >. Acesso em: 07 set. 2015.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Justiça Itinerante**. 2016. Disponível em: < <http://www.tjrj.jus.br/web/guest/institucional/projetosespeciais/justicaitinerante> > Acesso em: 26 jan 2016

VASCONCELOS, Ana Maria. *Prefácio*. In: **BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro (Orgs.). Assessoria, Consultoria e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Sete Letras e FAPERJ, 2010,. p. 8-11.

VELOSO, Renato. A centralidade do cadastro único na proteção social brasileira. BRASIL. In: BRASIL. MDS (Org.). **Avaliação de políticas públicas: reflexões acadêmicas sobre o desenvolvimento social e o combate à fome.**, v.2: Transferência de renda. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2014. Disponível em: < <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/2%20Transfer%C3%AAncia%20de%20renda.pdf> >. Acesso em: 26 jan. 2016.

VINAGRE, Marlise; PEREIRA, Tânia Maria Dahmer. **Ética e Direitos Humanos**. Curso de capacitação ética para agentes multiprofissionais. v.4. 1.ed. CFESS, 2007. WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Ação Global**. 2016. Disponível em: < https://pt.wikipedia.org/wiki/A%C3%A7%C3%A3o_Global >. Acesso em 26 jan. 2016.

WIKIPÉDIA, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Departamento Estadual de Trânsito**. Disponível em: < https://pt.wikipedia.org/wiki/Departamento_Estadual_de_Tr%C3%A2nsito > Acesso em: 24 jan 2016

_____, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos**. Disponível em: < https://pt.wikipedia.org/wiki/Empresa_Brasileira_de_Correios_e_Tel%C3%A9grafos > Acesso em: 24 jan 2016

_____, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Período do governo Collor de Mello**. 2016. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Governo_Collor>. Acesso em 23 jan. 2016.

_____, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Período do governo Fernando Henrique Cardoso**. Disponível em:<https://pt.wikipedia.org/wiki/Governo_Fernando_Henrique_Cardoso> Acesso em: 23 jan 2016.

_____, A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Período do governo Lula**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Governo_Lula> Acesso em: 23 jan 2016.

ANEXO I

PESQUISA “A Documentação Civil Básica em Questão”
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____,
tendo sido convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo intitulado “A Documentação Civil Básica em Questão”, recebi da residente de Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto Juliana Rodrigues Freitas, responsável pela sua execução, as informações abaixo relacionadas.

Tenho ciência que esse estudo destina-se a produção do trabalho de conclusão de Residência em Serviço Social. Seu objetivo é analisar os processos institucionais que envolvem a admissão e alta dos usuários no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), considerando o acesso à documentação civil básica para abertura de prontuários no serviço da Unidade Docente Assistencial (UDA) de Nefrologia.

O convite para participação na pesquisa diz respeito à fase da coleta de dados, que acontecerá a partir da realização de uma entrevista. Os dados serão registrados por meio de entrevista e da gravação de áudio, que serão de uso exclusivo para os fins que se destinam, e servirão como base para entender os impactos para Instituição quando o usuário não apresenta alguns destes documentos básicos.

O entrevistado, a qualquer momento, poderá se recusar a continuar participando do estudo. Da mesma forma, também poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.

As informações conseguidas por meio da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. O estudo não acarretará nenhuma despesa ou risco para o participante, que receberá uma via desse Termo.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado, sem dificuldades ou dúvidas, sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos direitos, das responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para

isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Assinatura do(a) entrevistado(a): _____

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Assinatura da entrevistadora: _____

Nome da entrevistadora: _____

Rio de Janeiro, ____ / ____ / 2015.

Anexo II**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

- 1- Quais são as situações que fazem com que a matrícula do usuário seja feita sem apresentar os documentos?
- 2- Existe algum setor do hospital que realize o monitoramento dos usuários que apresentam ou não a documentação civil básica? () sim () não
 - 2.1 – Em caso positivo, qual é?
 - 2.3- Em caso negativo, consideraria importante ter algum setor que faça este acompanhamento?
- 3- Na sua avaliação, considera importante ser comunicado sobre a ausência da documentação. Por quê?
- 4- Quais são os impactos para o hospital quando o usuário deixa de apresentar a documentação exigida para admissão?
- 5- Qual a importância da documentação do usuário para instituição?

Anexo III

Estudo Social da Nefrologia



**SERVIÇO SOCIAL DA SAÚDE DO ADULTO
UNIDADE DOCENTE ASSISTENCIAL DE NEFROLOGIA**

ESTUDO SOCIAL

Data do Atendimento do Serviço Social: ____/____/____ CNS: _____ Prontuário: _____

1. Caracterização do atendimento do Serviço Social

1.1 Ambulatório () qual? _____ 1.2 Enfermaria () qual? _____ 1.3 Leito: _____
1.4 Hemodiálise () 1.4.1 Dias: Segunda, Quarta e Sexta-Feira () Terça e Sexta-Feira, e Sábado () 1.4.2 Turnos: () 1º - Manhã () 2º - Tarde () 3º - Noite

2. Identificação do Usuário

2.1 Nome Social: _____
2.2 Nome: _____
2.3 Filiação: 2.3.1 Mãe: _____
2.3.2 Pai: _____
2.4 Pessoa para Contato: _____ Vínculo: _____ Telefone: _____
2.5 Data de Nascimento: ____/____/____ 2.6 Estado Civil: () solteiro () casado () viúvo () divorciado 2.7 Possui declaração de união estável: Sim () Não ()
2.8 Sexo: () Fem () Masc 2.9 Nacionalidade: () Brasileira () Outras: _____ 2.10 Naturalidade: _____
2.11 Cor: _____ 2.12 Orientação Sexual: _____ 2.13 Identidade de Gênero: _____
2.14 CPF: _____ 2.15 Identidade: _____
2.16 Endereço: _____
2.17 Bairro: _____ 2.18 Município: _____ 2.19 CEP: _____
2.20 Estado: _____ 2.21 Telefones: _____

3. Dados da Internação / Acompanhamento de Saúde do Usuário:

3.1 Data da internação ____/____/____ 3.2 Data da Alta: ____/____/____ 3.3 Motivo da internação: _____
3.4 Fazia acompanhamento de saúde antes da internação? () sim () não 3.4.1 Em caso positivo, onde? _____
3.5 Tem outro problema de saúde, além do que motivou a internação? () sim () não 3.5.1 Em caso positivo, qual? _____

4. Suporte familiar

4.1 Possui na estrutura familiar: () cônjuge/companheira(o) () filhos/quantos? ____ () netos/quantos? ____ () pai / mãe () irmãos/quantos? ____
() Outros: _____ () Não tem ou perdeu contato com familiares
4.3 Como se relaciona com familiares? Sente-se apoiado pelos mesmos? _____
4.4 Tem acompanhante? () Sim () Não 4.4.1 Nome: _____ Vínculo: _____
4.5 Recebe visitas quando internado? () Sim () Não 4.5.1 De quem? _____
4.6 Precisa receber cuidados? () Sim () Não 4.6.1 Quais? _____
4.7 A família tem dificuldades em prestar tais cuidados? () Sim () Não 4.7.1 Quais? _____
4.8 Tem outras pessoas, que não sejam familiares, com quem possa contar? () Sim () Não 4.8.1 Quem? _____
4.8.2 Qual vínculo? _____ Telefones de Contato: _____
4.9 Inserção comunitária: (amigos, religião, grupos de convivência, de lazer, militância, etc) _____

5. Situação Habitacional

5.1 Reside em: () casa () apartamento () Abrigo () Casa de Repouso () Outros _____ 5.1.1 Nº de Cômodos : _____
5.2 A residência é: () própria () alugada () de familiares () cedida () invasão () financiada () outras _____
5.3 Tipo de construção da casa: () alvenaria () madeira () outros: _____
5.4 Sobre o banheiro: 5.5.1 () individual ou familiar () coletivo ou compartilhado 5.5.2 () interno à residência () externo a residência
5.5 Possui energia elétrica? () sim () não 5.6 O sistema de gás utilizado é: () gás de rua () botijão
5.7 Possui água encanada? () sim () não 5.8.1 Em caso negativo, qual o sistema de abastecimento de água adotado? _____
5.8 Tipo de esgoto utilizado: () rede canalizada () fossa () vala () outros: _____
5.9 Possui coleta de lixo? () sim () não 5.9.1 A coleta de lixo é regular? () sim () não
5.9.2 Mecanismo de coleta de lixo utilizado: () caminhão de lixo () gari comunitário () caçamba () outro: _____
5.10 Tem dificuldade de acesso? () sim () não 5.10.1 Qual? _____
5.11 Tem problemas de conservação, abastecimento de água ou outros serviços? () sim () não 5.4.1 Quais? _____
5.12 Como é o relacionamento com vizinhos? () Não tem relação com vizinhos () Conflituosa () Superficial () de Amizade () Outra: _____

6. Transporte

6.1 Meio de transporte utilizado para frequentar o HUPE: (a) próprio (b) de familiar (c) ônibus (d) trem (e) metrô (f) táxi (g) barca (h) institucional (i) à pé (j) outros: _____



PLANO DE ATENDIMENTO
Procedimentos Imediatos / Procedimentos Mediatos

Os campos "Não se aplica", "Possui?" e "Não foi orientado" devem ser preenchidos com (X), quando houver a devida indicação. Já demais campos devem ser preenchidos com a data da orientação ou do encaminhamento, quando for o caso.

8. Em relação à documentação, o (a) usuário (a):

Documentação	Não se aplica	Possui?		Foi orientado	Já requereu, mas ainda não obteve resposta	Não foi orientado
		Sim	Não			
Certidão de Nascimento						
Carteira de Identidade						
CPF						
Certidão de Casamento						
Certidão de Óbito						
Declaração de União Estável						
Carteira de Trabalho e Previdência Social						
Inscrição no INSS						
Cartão SUS						

8. 1 Tem ou teve dificuldades para a retirada de alguns desses documentos? () Sim () Não

8. 2 Em caso positivo, qual(is) documento(s)? _____

8. 3 Quais dificuldades foram essas? _____

9. Em relação à representação dos direitos civis:

Representações Cíveis	Não se aplica	Possui?		Foi orientado	Já requereu, mas ainda não obteve resposta	Não foi orientado
		Sim	Não			
Procuração em Cartório						
Procuração para INSS						
Interdição Civil						
Curatela						

9. 1 Tem ou teve dificuldades para a retirada de alguns desses documentos e/ou acesso a esses direitos? () Sim () Não

9. 2 Em caso positivo, qual(is) documento(s)? _____

9. 3 Quais dificuldades foram essas? _____



10. Em relação à isenção de tarifas de transportes públicos e ou transporte para acesso aos serviços de saúde:

Transporte Público	Não se aplica	Possui?		Foi orientado	Já requereu, mas ainda não obteve resposta	Não foi orientado
		Sim	Não			
Rio Card Sênior						
Rio Card Especial						
Rio Card Escolar						
Vale Social						
Passage Livre Interestadual						
TFD						
Programa Saúde Solidária						
Inclusão/ Necessidade de Acompanhante						

10. 1 Tem ou teve dificuldades quanto ao acesso a algumas dessas isenções? () Sim () Não

10. 2 Em caso positivo, qual(is) isenção(ões)? _____

10. 3 Quais dificuldades foram essas? _____

10. 4 Foi necessário judicializar para ter acesso a alguma isenção? () Não () Sim. Qual? _____

11. Em relação aos benefícios previdenciários:

Direitos Previdenciários	Não se aplica	Possui?		Foi orientado	Já requereu, mas ainda não obteve resposta	Não foi orientado
		Sim	Não			
Auxílio Doença						
Pensão Morte						
Aposentadoria por invalidez						
Aposentadoria por tempo de serviço / idade						
Majoração de 25% sob a aposentadoria por invalidez						

11. 1 Tem ou teve dificuldades para adquirir alguns desses benefícios? () Sim () Não

11. 2 Em caso positivo, qual (is) benefício(s)? _____

11. 3 Quais dificuldades foram essas? _____

11. 4 Foi necessário judicializar para ter acesso a algum benefício? () Não () Sim. Qual? _____


12. Em relação às garantias trabalhistas:

Direitos Trabalhistas	Não se aplica	Possui?		Foi orientado	Já requereu, mas ainda não obteve resposta	Não foi orientado
		Sim	Não			
Atestado Médico para 15 dias						
Saque do PIS/ PASEP						
Saque do FGTS						
Licença para acompanhamento de familiar						

12.1 Tem ou teve dificuldades para adquirir alguns desses direitos? () Sim () Não

12.2 Em caso positivo, qual(is) direito(s)? _____

12.3 Quais dificuldades foram essas? _____

12.4 Foi necessário judicializar para ter acesso a alguma garantia trabalhista? () Não () Sim. Qual? _____

13. Em relação aos benefícios socioassistenciais:

Benefícios Socioassistenciais	Não se aplica	Possui?		Foi orientado	Já requereu, mas ainda não obteve resposta	Não foi orientado
		Sim	Não			
Benefício da Prestação Continuada						
Bolsa Família						
Pró-Jovem						
Bolsa de Alimentos (Voluntariado)						

13.1 Tem ou teve dificuldades para adquirir alguns desses benefícios? () Sim () Não

13.2 Em caso positivo, qual(is) benefício(s)? _____

13.3 Quais dificuldades foram essas? _____

13.4 Foi necessário judicializar para ter acesso a algum benefício? () Não () Sim. Qual? _____

14. Em relação à necessidade de acesso a medicamentos essenciais à saúde:

Medicamentos	Não se Aplica	Possui?		Farmácia Popular (*)	Farmácias do SUS		Farmácia Privada	Defensoria Pública	Não foi Orientado
		Sim	Não		SESDC	Rede			
Essenciais									
Estratégicos									
Especializados									

Farmácia Popular (*): Universitária, Governo Federal e Estado (Vital Brazil)



14. 1 Tem ou teve dificuldades para adquirir alguns desses medicamentos? () Sim () Não

14. 2 Em caso positivo, qual(is) medicamento(s)? _____

14. 3 Quais dificuldades foram essas? _____

14. 4 Foi necessário judicializar para ter acesso a algum medicamento? () Não () Sim. Qual? _____

15. Em relação à necessidade de acesso a equipamentos essenciais à saúde:

Equipamentos	Não se aplica	Possui?		Filantropia	Unidades do SUS		Serviço Privado	Defensoria Pública	Não foi Orientado
		Sim	Não		Conveniadas	Próprias			
Fita / aparelho de medição de glicose Oxigênio Domiciliar									
Próteses / Órteses									
Meios Auxiliares de Locomoção (*)									
Camas Hospitalares									
Bolsas de Colostomia									

Meios Auxiliares de Locomoção (*): cadeiras de rodas, muletas e andadores

15. 1 Tem ou teve dificuldades para adquirir alguns desses equipamentos? () Sim () Não

15. 2 Em caso positivo, qual(is) equipamento(s)? _____

15. 3 Quais dificuldades foram essas? _____

15. 4 Foi necessário judicializar para ter acesso a algum equipamento? () Não () Sim. Qual? _____

16. Em relação às isenções fiscais:

Isenções Fiscais	Não se aplica	Possui?		Foi orientado	Já requereu, mas ainda não obteve resposta	Não foi orientado
		Sim	Não			
Isenção do Imposto de Renda						
Isenção do IPTU						
Isenção do IPVA						
Isenção do Pagamento de Estacionamento						

16. 1 Tem ou teve dificuldades quanto ao acesso a algumas dessas isenções? () Sim () Não

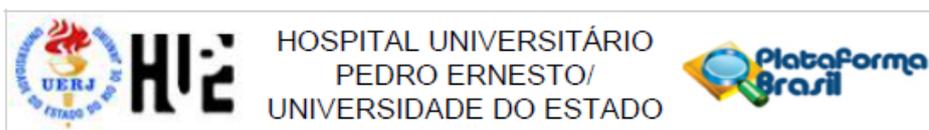
16. 2 Em caso positivo, qual(is) isenção(ões)? _____

16. 3 Quais dificuldades foram essas? _____

16.4 Foi necessário judicializar para ter acesso a alguma isenção? () Não () Sim. Qual? _____

Anexo IV

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Documentação Civil Básica em Questão

Pesquisador: Juliana Rodrigues Freitas

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 49971415.2.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

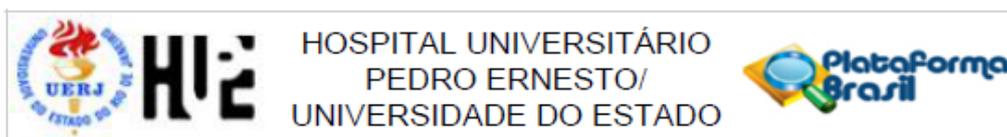
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.363.352

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como intenção empreender algumas reflexões feitas em torno das observações cotidianas do acompanhamento realizado pela equipe de Serviço Social da Saúde do Adulto do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) junto aos usuários que são atendidos no serviço de nefrologia. Tem como objeto os impactos da ausência da documentação civil básica na saúde dos usuários admitidos na UDA de nefrologia do HUPE/UERJ. O estudo será desenvolvido com base na metodologia qualitativa e quantitativa. Onde será analisada a ausência da apresentação de documento civil básica no momento da admissão no setor supracitado. Tais documentações consiste em: Identidade, Cadastro de Pessoa Física, Cartão Nacional do SUS e outros. Será também realizada uma pesquisa documental, bibliográfica e entrevistas. A questão proposta neste estudo, considerando a relevância da documentação civil básica, tem por objetivo algumas reflexões sobre a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela instituição aos usuários. Neste sentido consideramos que a discussão sobre o acesso a documentação civil básica perpassa a garantia dos direitos humanos, logo, se faz necessário discutir sobre tal temática. Tal questão também coloca

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.561-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 **Fax:** (21)2264-0853 **E-mail:** cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.363.352

em xeque a necessidade de se problematizar o acesso à saúde pública, especificamente como isso está posto nesta instituição. Portanto, através da realização desta pesquisa se espera que contribua para efetivar e ampliar o acesso aos direitos da população usuária e seja de grande relevância e contribuição para acadêmicos e profissionais não somente do Serviço Social.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os processos institucionais que envolvem a admissão dos usuários nesta instituição, considerando o acesso à documentação civil básica para abertura de prontuários no serviço de nefrologia.

Objetivo Secundário:

Problematizar teórica e politicamente a categoria acesso no âmbito da saúde pública, à luz dos referenciais da Reforma Sanitária

brasileira; Contextualizar o debate da documentação civil básica no campo dos Direitos Humanos; Analisar dados obtidos a partir do número

quantitativo de usuários que realizam abertura de prontuário na admissão no setor de nefrologia, no Hospital Universitário Pedro Ernesto, sem

documentação civil básica e de que forma essas informações são colhidas; Problematizar os processos institucionais que envolvem o fluxo dos

usuários ao serem admitidos no momento da admissão no setor de nefrologia; Identificar os impactos para Instituição quando o usuário não

apresenta alguns destes documentos básicos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

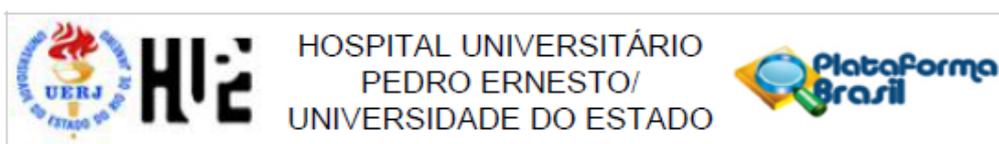
Prezado pesquisador: Caracteriza-se como risco direto para os sujeitos da pesquisa a possibilidade de desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores devem se comprometer a minimizar os riscos ou desconfortos que possam vir a ser causados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente trabalho tem como norte para discussão, os impactos da ausência da documentação civil básica na saúde dos usuários admitidos no

serviço de nefrologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto. A questão proposta neste estudo,

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.363.352

considerando a relevância da documentação civil básica, tem por objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados pela instituição aos usuários. Neste sentido consideramos que a discussão sobre o acesso a documentação civil básica perpassa a garantia dos direitos humanos, logo, se faz necessário discutir sobre tal temática. Tal questão também coloca em xeque a necessidade de se problematizar o acesso à saúde pública, especificamente como isso está posto nesta instituição. Portanto, considerando a complexidade da instituição hospitalar e a necessidade de atender tanto as solicitações da instituição quanto ao direito de todos os usuários no que refere-se a orientação a documentação civil, que entendemos como relevante mapear e discutir os processos institucionais que envolvem a admissão desses usuários. Esta discussão é de extrema relevância para o serviço social com rebatimento direto em seu trabalho na instituição.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória estão de acordo com a legislação pertinente e devidamente assinados pelos responsáveis.

Recomendações:

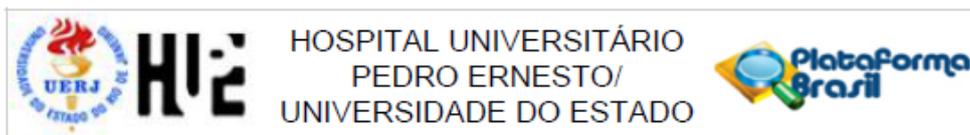
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O trabalho pode ser realizado da fora como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO. Para ter acesso ao PARECER CONSUBSTANCIADO: Clicar na "LUPA" (DETALHAR) - Ir em "DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA ", clicar na opção da ramificação (pequeno triangulo no entrocamento do organograma) de pastas chamada – "Apreciação", e depois na Pasta chamada "Pareceres", o Parecer estará nesse local.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao Pesquisador: 1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas. 2. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br



Continuação do Parecer: 1.363.352

ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes. 3. O Comitê de Ética solicita a V. S^a., que encaminhe relatórios parciais e anuais referentes ao andamento da pesquisa ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_556516.pdf	18/09/2015 14:53:55		Aceito
Outros	declaracaouda_nefrologia.pdf	18/09/2015 14:51:40	Juliana Rodrigues Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto TCR versao final.doc	22/07/2015 16:33:17		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Juliana_Vinculo pesquisador.pdf	22/07/2015 16:09:09		Aceito
Outros	Juliana_cronograma.pdf	22/07/2015 16:05:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Juliana - Termo de Consentimento.pdf	22/07/2015 16:04:55		Aceito
Folha de Rosto	Juliana_Folha de Rosto.pdf	22/07/2015 16:02:56		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 11 de Dezembro de 2015

Assinado por:
DENIZAR VIANNA ARAÚJO
(Coordenador)

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
Bairro: Vila Isabel CEP: 20.551-030
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2868-8253 Fax: (21)2264-0853 E-mail: cep-hupe@uerj.br