

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

CAROLINA ZART FONTES CABRAL

**NA BUSCA PELO OUTRO: ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO
RECONHECIMENTO DE PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS CIVILMENTE NO ÂMBITO
HOSPITALAR**

CAMPINAS

2021

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS APLICADAS
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL**

CAROLINA ZART FONTES CABRAL

**NA BUSCA PELO OUTRO: ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO
RECONHECIMENTO DE PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS CIVILMENTE NO ÂMBITO
HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora Jeanete Liasch Martins de Sá.

CAMPINAS

2021

CAROLINA ZART FONTES CABRAL

**NA BUSCA PELO OUTRO: ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO
RECONHECIMENTO DE PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS CIVILMENTE NO ÂMBITO
HOSPITALAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como exigência parcial para a obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Professora Doutora Jeanete Liasch Martins de Sá.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora Prof^a Dr^a Jeanete Liasch Martins de Sá

Prof^a Dr^a. Fabiana Aparecida de Carvalho

Prof^a Dr^a. Marli Elisa Nascimento Fernandes

Campinas, 15 de Dezembro de 2021

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, ao apoio e esforços empreendidos pelos meus familiares, em especial, minha tia Lúcia, minha mãe Maristela, minha avó Miracy e meu querido e amado marido Fernando, que se voltaram para mim com paciência, compreensão e muito carinho nesta minha segunda empreitada em um curso de graduação. Ofereço um agradecimento especial à minha grande amiga Antônia Tavares, que muito contribuiu para que esta graduação pudesse se concretizar.

Agradeço, também, aos meus colegas da PUC Campinas, que me receberam com carinho e empatia durante os três anos em que convivemos juntos. Obrigada e boa sorte a todos em suas carreiras profissionais. Agradeço imensamente aos professores desta universidade que nos aspergiram com os mais diversificados conteúdos críticos relacionados ao Serviço Social e às perspectivas de futuro profissional que sempre procuraram compartilhar com os alunos.

Agradeço, por sua vez, às assistentes sociais que aceitaram participar da minha pesquisa, enriquecendo-a com suas respectivas experiências profissionais voltadas à temática ora abordada.

Agradeço a minha orientadora de iniciação científica, Prof^a Dr^a Marli Elisa Nascimento Fernandes, que, com sua vasta experiência e conhecimento científicos, tem me proporcionado fecundas técnicas de análise em pesquisas acadêmicas.

Por fim, agradeço a mim pela insistência e persistência em teimar de tentar fazer do mundo um lugar melhor para os seres humanos e para os outros animais, que conosco, aqui, compartilham desta breve existência.

RESUMO

Este presente trabalho de conclusão de curso busca compreender de que maneira se dá a atuação do assistente social, no âmbito hospitalar, quando este profissional se depara com pacientes sem portar documentação civil básica que os identifiquem. O trabalho se desenvolveu através de pesquisa bibliográfica de natureza qualitativa e através de elaboração de entrevista semi-estruturada disponibilizada a assistentes sociais atuantes no espaço sócio ocupacional hospitalar. Nesse sentido, a análise da temática e as respostas suscitadas pelos (as) profissionais permitiu constatar que os pacientes indocumentados, majoritariamente, possuem perfil característico de população em situação de rua, portanto, expressão da questão social. Desta feita, é imprescindível a atuação do assistente social hospitalar de modo a garantir as condições necessárias para a efetivação dos direitos desses pacientes.

Palavras-chave: Documentação civil básica. Assistente Social hospitalar. Dignidade da pessoa humana. Direitos Humanos.

ABSTRACT

This present document aims to understand how social workers act in a hospital environment while dealing with patients with no personal identification. This document had been developed through qualitative bibliographic research and a semi-structured survey sent to social workers who are acting in a hospital environment. The analysis of the bibliographic material and the answers given by the interviewed social workers allow us to check that the patients with no personal identification mostly have a profile of homeless people, therefore, an expression of a social issue. Facing that fact, the role of a social worker in a hospital environment is extremely important in order to guarantee the basic conditions needed to give to those patients the effectiveness of their rights.

Keywords: Personal Identification. Social Service at the Hospital. Dignity of the Human Being. Human Rights.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE	10
1.1. A emergência do Serviço Social no Brasil.....	10
1.2. Uma breve análise sobre a inserção da categoria profissional na Política de Saúde.....	24
1.3. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.....	31
2. GARANTIA DE DIREITOS, DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA	34
2.1. Concepção e evolução dos direitos humanos: um breve histórico.....	34
2.2. A Constituição Federal de 1988 como ponto nodal da concepção de direitos humanos, cidadania e acesso à saúde.....	39
2.3. Direitos de personalidade: do direito à identidade.....	42
3. ESPAÇO SÓCIO OCUPACIONAL HOSPITALAR: O SERVIÇO SOCIAL NA LUTA POR DIREITOS	47
3.1. Caracterização da pesquisa.....	47
3.2. Análise das entrevistas: a ausência de documentação civil básica como expressão da questão social.....	48
3.3. A identificação de pacientes sem documentação civil básica, no âmbito hospitalar, e a atuação do assistente social.....	67
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE	78

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é fruto de uma inquietação gestada nesta pesquisadora devido ao fato de almejar atuar no espaço sócio ocupacional da saúde, preferencialmente, na urgência e emergência.

Minha “experiência prévia” com essa temática deu-se através de relatos de familiares que atuam, como médicos e enfermeiros, na média e alta complexidade no setor público de saúde do município de São Paulo, mais precisamente no HC/FMUSP e no Hospital Geral de Pedreira. Desse contato, originou-se a inquietação do fato elencado por aqueles profissionais, de ser corriqueira a entrada de pacientes, nas instituições de média e alta complexidade da saúde, sem estarem portando documentação civil que os individualizem e os identifiquem enquanto pacientes a serem atendidos assistidos pelo princípio da dignidade da pessoa humana e dos direitos humanos.

A temática ora abordada remete a uma situação cotidiana que se apresenta para o Serviço Social, no âmbito hospitalar, tendo origem na questão social. Assim, este trabalho pretende, pois, investigar a entrada de pacientes sem documentação civil básica nas instituições hospitalares, e a forma de atuação dos assistentes sociais neste espaço sócio-ocupacional frente à demanda de identificação desses sujeitos visando a garantia das condições necessárias para a efetivação de seus direitos.

Desta feita, de modo a perscrutar de que maneira a ausência de documentação civil básica apresentada por esses pacientes é contemplada por um processo mais amplo e anterior, que tem origem na produção e reprodução social desigualmente estabelecida sob a relação sócio-econômica posta pelo sistema capitalista, empreendeu-se uma pesquisa de natureza qualitativa de caráter exploratório-descritivo.

Com vistas a tecer uma interpretação do fenômeno referido e a responder aos objetivos desta pesquisa, dividiu-se o texto em três capítulos que se seguem: Capítulo 1: Serviço Social e Saúde; Capítulo 2: Garantia de direitos, direitos humanos e cidadania; Capítulo 3: Espaço sócio-ocupacional hospitalar: o Serviço Social na luta por direitos.

No primeiro capítulo, abordou-se a emergência do Serviço Social no Brasil e a sua estreita ligação, em seus primórdios, com a igreja católica analisando o doravante

processo de secularização e institucionalização da profissão e seu posterior contato e apropriação da teoria crítico-marxista enquanto orientação teórico-metodológica profissional. Como sequência, efetuou-se a análise de como se desenvolveu a inserção da categoria profissional na política de saúde para, então, abordar-se ainda que sucintamente os parâmetros de atuação da categoria profissional dentro desta política, salientando-se a imprescindibilidade da leitura do documento elaborado pelo Conselho Federal da categoria, na medida em que este aborda, de maneira problematizadora e profunda, os parâmetros para atuação do Serviço Social na Saúde.

No segundo capítulo, buscou-se abordar os pressupostos contidos na dimensão dos direitos humanos, trazendo como expoente fundamental a dignidade da pessoa humana e o conseqüente direito personalíssimo à identidade, para então relacioná-los a posituação da cidadania e da garantia da constitucionalidade preconizada pela Constituição Federal de 1988 e a garantia de acesso ao direito social da saúde.

Por conseguinte, no terceiro e último capítulo, elencou-se os fatores motivadores que ensejaram nos estudos desta temática, e como a abordagem do mote se empreendeu através da exposição da entrevista semi-estruturada disponibilizada às participantes. Por fim, analisou-se as respostas trazidas pelas assistente sociais entrevistadas à luz da literatura que trata acerca do fenômeno população em situação de rua e suas principais características comuns, tendo como expoente a falta de documentação civil, de maneira a concatená-lo enquanto expressão da questão social e objeto de intervenção do assistente social no âmbito hospitalar, visando a garantia das condições necessárias para a efetivação dos direitos desses pacientes.

CAPÍTULO 1: SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE

1.1. A emergência do Serviço Social no Brasil

É inconteste que o Serviço Social sofreu profundas transformações da sua gênese até o presente. Em seus primórdios, é possível relacioná-lo à sua estreita relação com a Igreja Católica e a filosofia neotomista. Com o avanço das transformações sócio históricas pela qual passou a sociedade ocidental, assistiu-se ao processo de laicização da profissão, a qual deixa de ser orientada pela doutrina social da igreja católica e passa a intervir socialmente fortalecida por um arcabouço teórico histórico crítico de cariz marxista.

Para se compreender o surgimento da profissão, faz-se mister apreender as implicações que o processo de industrialização, ocorrido primeiramente na Europa e, posteriormente, espreado para o resto do globo, acarretou na vida dos trabalhadores e nas relações sociais estabelecidas a partir de então.

O desabrochar do capitalismo esteve precedido por um salto qualitativo no modo de pensamento das sociedades ocidentais com as revoluções cultural e científica e a ascensão do iluminismo em solo europeu e que, por conseguinte, provocou agudas mudanças nas relações de produção bem como nas relações de sociabilidade entre os indivíduos. Pierucci (2003), ao trabalhar o conceito weberiano de *desencantamento do mundo*, elucida de maneira didática as transformações trazidas pelas revoluções supracitadas e a perda da hegemonia do campo religioso na esfera da vida dos indivíduos:

Com o advento da modernidade e a ruptura dos laços tradicionais por uma série de fatores, inclusive no plano cultural e da personalidade, Weber diagnostica uma importante inflexão no processo de racionalização ocidental: agora é possível conceber a esfera doméstica e a economia, a política e o direito, a vida intelectual e a ciência, a arte e a erótica, independentemente das fundamentações axiológicas religiosas. Cada esfera de valor, ao se racionalizar, se justifica por si mesma: encontra em si sua própria lógica interna - uma legalidade própria [*Eigengesetzlichkeit*] - que a leva a se institucionalizar autonomamente e a se consolidar e se reproduzir socialmente pela formação de seus próprios quadros profissionais, encarregados de garantir precisamente sua autonomia (ESSR, 1915, p. 527, apud PIERUCCI:, 2013, p. 138)

Com a introdução do processo de industrialização, a partir desse momento, estabeleceu-se uma dicotomia que engendrou, de um lado, os detentores dos meios de produção e de capital e , do outro, os que foram alijados dos mesmos aos quais nada mais lhes restou do que a venda da sua força de trabalho. Nesse ínterim, o próprio aperfeiçoamento do maquinário contribuiu para o aumento da extração da mais valia¹. Inicialmente, os capitalistas impuseram severas condições de trabalho aos operários, perfazendo-se em extenuantes dezessete horas diárias trabalhadas a irrisórios salários. A seguir, tem-se um excerto de Martins (2008) que descreve a situação de saúde vivenciadas pela classe trabalhadora inglesa no início da Revolução Industrial:

O novo sistema industrial arrasou a saúde dos trabalhadores, pois começaram a registrar-se doenças e deformações físicas específicas, associadas a determinadas indústrias. Os mineiros, por exemplo, sofriam de tuberculose, de anemia, tinham problemas de visão e apresentavam deformações físicas; os afiadores sofriam de asma; os oleiros eram envenenados pelo chumbo; os fiandeiros sofriam dos brônquios. Os trabalhadores morriam, pois, habitualmente cedo, o que fazia com que a média de idades fosse relativamente baixa. Para além da fragilidade da saúde dos trabalhadores, a ocorrência de acidentes nas fábricas e minas tornou-se também muito frequente. Nas minas, as causas usuais de ferimentos e morte relacionavam-se com as quedas de carvão e com as explosões subterrâneas. Os operários das fábricas e das minas, para além de se sentirem inseguros, queixavam-se das horas de trabalho excessivas, dos salários baixos, das multas, assim como de serem pagos em géneros, em vez de receberem dinheiro (MARTINS, 2008, p.31).

Foi muito comum, no início do processo de industrialização e durante mais algum tempo, a disseminação da utilização da mão de obra infantil visto que, àquela época, não havia ainda um sentimento ligado à infância, sendo as crianças percebidas e retratadas como miniaturas adultas. A distinção entre as fases da vida somente teve início com o século XX, onde começou-se então a originar concepções de infância para então se estabelecer as crianças como sujeitos de direitos (ARIÈS, 1981).

Tomar-se-á como exemplo a citação de Martins (2008), novamente, ao remeter-se à situação das crianças que trabalhavam em unidades fabris:

Muitas das crianças trabalhavam como “piecers”, ou seja, juntavam os fios que se partiam nas máquinas de fiar. Muitas outras tarefas menos

¹ Conferir Manuscritos Econômicos Filosóficos de Karl Marx.

qualificadas também passaram a ser desempenhadas pelas crianças, por exemplo, apanhar o algodão do chão. Geralmente, entravam nas fábricas às 5 ou 6 horas da manhã e tinham de limpar as máquinas, durante o horário estabelecido para as refeições. Chegavam a andar vinte milhas, dentro das unidades fabris, durante as 12 horas de trabalho. Por serem admitidas muito cedo nas fábricas, as raparigas desconheciam o funcionamento da economia doméstica. Uma vez que os pais trabalhavam durante todo o dia, negligenciavam as crianças, como vimos, abandonando-as e responsabilizando uma irmã mais velha ou um vizinho pelo seu acompanhamento. As próprias mães não tinham disponibilidade para cuidar delas convenientemente, devido ao facto de permanecerem nas fábricas todo o dia, de forma a assegurar a subsistência da família. Como consequência, as crianças tinham uma dieta desequilibrada, andavam sujas, mal vestidas e expostas ao frio, o que fazia com que cerca de metade morresse até aos 5 anos. Para além disso, a situação agravava-se com o hábito de lhes dar bebidas alcoólicas e ópio, como também vimos. Assim, as crianças ficavam frequentemente doentes, sofrendo muitas delas de raquitismo. Só as mais fortes é que conseguiam sobreviver a estas condições deploráveis. (ibidem, p. 105-106)

A mesma autora ainda realiza uma análise panorâmica da situação de moradia experienciada pela classe trabalhadora na Inglaterra daquele século:

Construíam-se casas umas de encontro às outras, com pátios imundos, devido à inexistência de um sistema de esgotos eficiente, de água potável e de nitreiras, o que contribuía para o carácter insalubre das cidades inglesas. Os operários vestiam roupas maltrapilhas, sofriam de mal-nutrição, devido à alimentação inadequada, e recorriam à bebida para esquecerem a sua situação miserável (ibidem, p. 29).

Nesse sentido, portanto, em meio a condições de vida e de subsistência tão precárias, pulverizadas de problemas de toda sorte, que os trabalhadores precisaram erigir focos de resistência, vez que “o operário só pode afirmar sua própria qualidade humana pela oposição contra todas as suas condições de vida” (ENGELS, 2008, p. 248).

Nesse aspecto, as condições de produção e reprodução social dos trabalhadores no Brasil eram tão precárias quanto as acima referidas. Entre as décadas de 1920 e 1930 houve, em solo nacional, um processo de transição econômica e social, no qual o país transitou do modelo primário exportador para, paulatinamente, industrializar-se (CANO, 2012).

A efervescência social que pairava naquele período caminhou vis a vis com as transformações na base produtiva do país. Os lucros auferidos nas décadas de

expansão do café, da cana de açúcar e da borracha foram reintroduzidos na economia e promoveram a diversificação capitalista, principalmente na cidade de São Paulo, a qual tomou frente em relação às demais regiões do país. A diversificação estimulou, portanto, o crescimento da economia, da urbanização e da industrialização. Cano (2012), empreende uma análise do período no excerto a seguir:

[...] embora o período fosse “amortecedor de tensões” (com o grande aumento do emprego e da massa de salários e de lucros), o ciclo expansivo trouxe inevitável aumento de conflitos: excesso de capacidade produtiva (café e alguns setores industriais); maior organização da classe trabalhadora; conflitos de interesses entre frações da burguesia; alta de preços; reivindicações por mais direitos sociais e expansão do movimento revolucionário tenentista, que culminaria nas Revoluções de 1922, de 1924, da Coluna Prestes nesse mesmo ano, e, ao final do período, na Revolução de 1930 (ibidem, 2012, p. 902).

O mesmo autor ainda complementa que a “produção industrial cresceu à média anual de 3,3% entre 1920 e 1928” e a paulista 6,6%. Muito embora São Paulo tenha sido a capital com maior expressão para as transformações industriais, o restante do país também passou por tais transformações em maior ou menor grau. Houve ampliação do setor de serviços, procura por trabalhadores mais qualificados, consolidação do parque ferroviário, início da construção da malha rodoviária, e, com a expansão das cidades, houve necessidade de aumentar os serviços de saúde, educação, saneamento, habitação e transportes (CANO, 2012).

Continua o economista, em relação à cidade de São Paulo que,

Em suma, a economia e sociedade de São Paulo haviam crescido e se tornado mais complexas. A cidade já iniciava sua verticalização e o uso de elevadores, ao mesmo tempo em que o transporte urbano ampliava sua periferização. Dos 579.000 habitantes de 1919, a cidade contaria, ao final da década, com cerca de 900.000 e sua força trabalhadora industrial já atingia 160.000 operários. Já era, de fato, “o maior centro industrial da América Latina”, [...] De uma sociedade onde a presença do imigrante estrangeiro havia sido predominante até o fim da Primeira Guerra, a cidade agora via crescer, a elevado ritmo, a presença do migrante nacional, de mineiros a nordestinos principalmente, o que traria novas combinações sociais e culturais (ibidem, p. 904)

No contexto mundial de Primeira Guerra Mundial (1914-1917), o país enlaçava um forte crescimento da atividade industrial e os operários que se concentravam nos grandes centros urbanos brasileiros, influenciados pela revolução bolchevique, de

1917, organizaram um movimento operário o qual espalhou-se pelo Brasil, acarretando, assim, em uma abrangente greve nacional reivindicativa de aumento salarial, redução da jornada de trabalho para 8 horas diárias bem como proibição do trabalho noturno para menores de idade e mulheres.

Em síntese, na exposição realizada, inferiu-se que a sociedade brasileira foi palco de transformações de diversas ordens decorrentes da ampliação do processo de acumulação capitalista mundial onde, conseqüentemente, foi alçada pelas manifestações da questão social.

De acordo com Netto (2001), a expressão questão social tem uso recente, datando aproximadamente da década de 1820. Assim, coloca o autor que

A expressão surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVIII: trata-se do fenômeno do pauperismo. Com efeito, a pauperização (neste caso, absoluta) da população trabalhadora constitui o aspecto mais imediato da instauração do capitalismo em seu estágio industrial concorrencial [...] (NETTO, 2001, p. 42).

Destarte, a agudização da pobreza - o pauperismo - foi sendo percebido naquela época por intermédio das revoltas e organização do proletariado insatisfeito frente às suas condições de produção e reprodução social miseráveis. Refere-se, por conseguinte, que foi quando a classe trabalhadora, ao estabelecer uma identidade de classe, passando a manifestar e a reivindicar seu descontentamento e aclarando a desigualdade social já então existente entre o proletariado e a burguesia é que a expressão questão social tornou-se manifesta. Em última instância, ter-se-á que a questão social compreende o conjunto de desigualdades e lutas sociais que, por sua vez, são remanescentes do modo de produção capitalista, no qual se tem a produção coletiva da riqueza mas não há distribuição de seus frutos visto que o objetivo primário desse sistema é a obtenção do lucro. Portanto, a partir do instante em que a questão social é politizada, ela passa a ser desnaturalizada, tornando-se alvo de disputas e contestações da classe operária, que passa a exigir seu reconhecimento enquanto classe tanto pela classe burguesa quanto pelo Estado (CARVALHO e IAMAMOTO).

De todo modo, a exposição anteriormente realizada foi empreendida para aclarar a questão social vivenciada pelos trabalhadores, durante o processo de expansão da acumulação capitalista, o qual acabou por reverberar destarte em solo nacional concorrendo para a emergência da profissão do assistente social no Brasil.

A emersão do Serviço Social no Brasil está fortemente relacionada com a ascensão do capitalismo e a conseqüente perda de influência hegemônica do pensamento religioso na sociedade. Com a ascensão daquele, o pensamento racional e cientificista acaba por desacreditar e a questionar os dogmas religiosos. O Serviço Social nacional, portanto, germina do objetivo da igreja católica em recristianizar a sociedade, em restabelecer o domínio de seu poder ora perdido em solo nacional² e em assumir um posicionamento frente à questão social.

Aguiar (2011), descreve o seguinte posicionamento orientado para o social da igreja católica universal no século XX em meio à decadência moral e dos costumes cristãos:

Essa situação decorre, segundo a Igreja, do liberalismo e do comunismo. Tendo em vista sua missão - encaminhar o homem à conquista da felicidade eterna - ela intervém na situação que é de desordem e que impede as pessoas de cumprir sua tarefa de dar glória a Deus, dadas as condições em que viviam (Ibidem, 2011 p. 27-28).

Nesse sentido, as encíclicas papais *Rerum Novarum* (1891) e *Quadragesimo Anno* (1931) baseiam-se nos ideais antiliberais e anticomunistas, cenário este no qual a igreja aparece como um terceiro caminho a ser seguido. O autor refere que a igreja defende o seguinte ideário:

Contrapondo ao socialismo, o Papa afirma que o que deve existir é a concordância das classes e não a luta entre elas. Diz sua Santidade: “O princípio primeiro a pôr em evidência, é que o homem deve aceitar com paciência a sua condição; é impossível que na sociedade civil todos sejam elevados ao mesmo nível”. E continua afirmando: “O erro capital na questão presente é crer que as duas classes são inimigas natas uma da outra, como se a natureza tivesse armado os ricos e os pobres para se combaterem mutuamente num duelo obstinado”. [...] “as duas classes estão destinadas pela natureza a unirem-se harmonicamente e a conservarem-se mutuamente em perfeito equilíbrio” (AGUIAR, 2011, p. 28-29 apud LEÃO XIII, 1891, p. 16-17).

² No Brasil, as relações entre estado e igreja católica haviam se fragilizado desde a época do império, o ponto nodal da separação entre as duas instituições ficou conhecido como Questão Religiosa. Durante o reinado de Dom Pedro II, o clero católico revoltou-se contra a submissão da igreja a favor do estado, devido aos dispositivos constitucionais beneplácito e padroado, onde o imperador possuía, respectivamente, o poder de vetar decisões papais e de nomear membros para o alto escalão eclesiástico. Não obstante, somou-se à separação, o fato de a igreja católica ter proibido seus membros de manterem relações com membros da maçonaria. Como esta instituição possuía forte influência na política do país, o episódio da prisão dos bispos de Olinda e de Belém, foi o limite para a erodição da relação. Tal episódio fez com que a igreja se posicionasse, definitivamente, na defesa da proclamação da república no país a favor da queda da monarquia.

Por conseguinte, com o intuito de tornar-se a terceira via e de posicionar-se frente à questão social, a ação católica (ou reação católica) da igreja foi sistematicamente posta em funcionamento através da organização do laicato no sentido de difundir a doutrina da igreja com vistas à reforma da sociedade que, por sua vez, encontrava-se marcadamente distante dos costumes e da moral cristã. A ação católica³ foi, então, uma ação política que se deu através de um movimento iniciado pelo episcopado brasileiro no sentido de difundir os valores e a doutrina cristã consubstanciando a recristianização da sociedade brasileira e a reaproximação da igreja com o estado. Nota-se, portanto, a postura da igreja católica de não questionamento da estrutura social enquanto que a questão social é abordada por ela como um elemento de foro íntimo. Em outras palavras, o problema não se concentrava na estrutura social produtora de desigualdades, mas sim, no indivíduo que não se adequava às regras sociais que ditavam a convivência nesta mesma sociedade.

A formação do laicato pelo episcopado brasileiro guiou-se pela premissa da “transformação dos nossos católicos, sinceros mas inoperantes, num exército conquistador, que sob as ordens da hierarquia, se lançasse ao combate pelo reino de Cristo”, e teve como inspiração o modelo italiano tal como elucidou o autor. Assim sendo, a ação católica pode ser caracterizada por uma série de grupos instituídos e intervenções realizadas pela igreja católica no sentido de transformar a sociedade brasileira através das seguintes organizações: Homens da Ação Católica (HAC), grupo voltado para homens maiores de 30 anos e homens casados de qualquer idade; Liga Feminina de Ação Católica (LFAC), destinado a mulheres maiores de 30 anos e casadas de qualquer idade; Juventude Católica Brasileira, destinado aos jovens católicos de ambos os sexos; a Juventude Feminina Católica (JFC), Liga Eleitoral Católica (LEC). Adiante, houve a inclusão de outras organizações, a saber: Juventude Estudantil Católica (JEC); Juventude Operária Católica (JOC); Juventude Universitária Católica (JUC). Estas organizações acabaram por capilarizar, doutrinar e legitimar a ação católica a nível nacional.

No processo de formação do laicato, algumas figuras religiosas tiveram papel preponderante na organização e orientação (racionalização) das ações eclesiais

³ Constitui-se num tipo de ação social. Trata-se de uma ação que interfere no mundo, ou seja, é uma ação transformadora do e no mundo. Conferir as tipologias de ação social: WEBER, M. Conceitos sociológicos fundamentais. In: Economia e Sociedade, vol. I, 1994.

na formação do laicato, tais como D. Leme, D. José Camargo de Barros, D. Duarte Leopoldo e Silva, D. José Gaspar, entre outros. Todavia, não constitui o foco desta pesquisa debruçar-se de forma acentuada e sistemática nas realizações de cada um deles⁴.

Atinente ao preparo profissional, Pereira (1944) refere que é preciso levar em consideração quatro pontos fundamentais na formação do assistente social, quais sejam: formação técnica, formação científica, formação prática e formação pessoal. A formação técnica implica em que o assistente social “deve combater os desajustamentos individuais e coletivos” através dos ensinamentos presentes na moral profissional e em técnicas auxiliares.

A formação prática considera as experiências adquiridas pelo conhecimento e contato com as diversas instituições com as quais o assistente social manterá interface. Sociologia, Psicologia, Biologia e Moral serão disciplinas a serem trabalhadas no processo de formação científica do assistente social sendo, todas elas, respaldadas pela doutrina social da igreja católica. Por fim, a formação moral é quesito primário no conjunto de aprendizados do assistente social, na medida em que, “a escola deve se preocupar com o desabrochar da personalidade integral do aluno”. E completa a autora que, “Sem uma formação moral solidamente edificada sobre uma base de princípios cristãos, a atividade da assistente será falha, porque lhe faltarão os elementos que garantem uma ação educativa, que é visada pelo Serviço Social” (PEREIRA, 1944 apud AGUIAR, 1984).

O estado, bem como o empresariado, ao avistarem a magnitude e eficiência do trabalho realizado pelas assistentes sociais frente às necessidades sociais que estavam postas, passam a pretender a indicação de assistentes sociais dotadas dessa formação técnica especializada junto às escolas de Serviço Social para ocuparem cargos públicos direcionados à assistência social. Assim, tem-se que,

O estado [...] ultrapassa o marco de sua primeira área de intervenção - a regulamentação do mercado de trabalho e da exploração da Força de Trabalho - para superintender a gestão da assistência social. Dessa forma procurará racionalizar a assistência, reforçando e centralizando sua participação própria e regulando as iniciativas particulares. Estas tenderão a se tornar cada vez mais dependentes - documentação burocrática, subvenções, etc - e voltadas para a demanda de serviços

⁴ Para maior aprofundamento na temática, conferir: SANTO ROSÁRIO et al., (1962).

por parte do Estado, através de convênios etc (CARVALHO e IAMAMOTO, 2006).

No decorrer dos anos de 1940, a presença do Serviço Social de origem europeia e de inclinação católica cristã vai entrando em declínio abrindo espaço, deste modo, para a influência do Serviço Social de origem norte-americana de cariz funcionalista. Esta influência não se deu de maneira abrupta, ocorrendo de maneira paulatina onde era possível verificar a união da filosofia tomista às técnicas norte americanas, num primeiro momento ensejando no que Iamamoto denominou de “arranjo teórico doutrinário”.

A influência do Serviço Social ianque ocorreu através do convite do governo dos Estados Unidos da América às escolas de Serviço Social latino americanas com vistas a participarem da Conferência Nacional de Serviço Social, em 1941. Os resultados do convite desdobraram-se em bolsas de estudos, para aperfeiçoamento e especialização, oferecidas aos assistentes sociais latino americanos em escolas de Serviço Social dos EUA. Medida essa, adotada pelo governo norte americano que engendrou na aproximação com os governos sul americanos como forma de colocar em marcha os pressupostos ditados pela política de Washington.

Destarte, a jogada estratégica norte americana empreendida pela orientação da política da boa vizinhança, enquanto procedimento de política externa dos EUA, acabou por impactar na orientação teórica do Serviço Social brasileiro ao adotar a base teórica funcionalista bem como a importação de técnicas do Serviço Social praticado naquele país (de caso, de grupo e de comunidade).

O Serviço Social de Caso era pautado por uma entrevista pelo assistente social no sentido de conhecer e coletar informações a respeito de determinado indivíduo com vistas a fornecer um diagnóstico social. Ana Maria Ramos Estevão (1992), ao caracterizar as tecnificação de Mary Richmond alude que:

[...] é ela quem vai dar as medidas da prática profissional competente.
[...] De fato, para ela, fazer Serviço Social implicava trabalhar a personalidade das pessoas e o seu meio social. É claro que o “meio social” eram a família, a escola, os amigos, o emprego, etc [...] Em primeiro lugar iria preocupar-se em determinar qual a história individual da formação da personalidade de seu cliente. Se ele não havia conseguido desenvolver suas potencialidades, enquanto pessoa e cidadão, era porque a situação vivida por ele, em seu meio social, não havia permitido um correto e completo desenvolvimento de sua

personalidade [...] Estudar e investigar seriamente o meio social daquela pessoa, por meio de entrevistas, conversas informais, visitas domiciliares a amigos, professores, patrões, etc. Observando e anotando, fazendo relatórios minuciosos, obteria um diagnóstico e tentaria descobrir quais as possibilidades de aquela pessoa vir a desenvolver a sua personalidade e como conseguir a ajuda do meio social para sua causa [...] Caso o meio social não pudesse mudar, o cliente mudaria de meio (ESTEVÃO, 1992, p.18-20).

O segundo método de atuação do assistente social consistiu no Serviço Social de Grupo, o qual foi desenvolvido pela psicologia social através do desenvolvimento de teorias e experimentos sobre o comportamento de grupos. Assim, o assistente social passou, então, a trabalhar os grupos nas instituições nas quais atuava, através de um problema comum, o qual podia ser interno ou externo aos integrantes do grupo (ESTEVÃO, 1992).

Na década de 1960, o Serviço Social adota o desenvolvimento de comunidade, o qual tinha por objetivo promover o desenvolvimento econômico e cultural dos países do então chamado Terceiro Mundo. A ideia, claro, não foi ingenuamente estabelecida, pois, a Revolução Socialista Cubana, ocorrida em 1959, tornou-se um espectro para os EUA. Por conseguinte, com vistas a frear a possibilidade do avanço do comunismo em um continente que possuía um contingente majoritariamente composto por analfabetos, famintos, defasados cultural e economicamente (ibidem, 1992). Nesse sentido, com vistas a combater a pulverização da suposta ideologia comunista antidemocrática no fértil terreno da América Latina, emerge esta metodologia de trabalho sob influência de programas desenvolvidos pela ONU e outros organismos internacionais cuja estratégia era integrar os esforços da população aos planos regionais e nacionais de desenvolvimento e modernização.

A época acima referida ficou marcada pelo forte apelo populacional frente às reformas de base e melhor estruturação dos serviços nacionais. As demandas postas aos assistentes sociais já não conseguiam mais ser ultrapassadas pelas intervenções concentradas no ajustamento e enquadramento individual. Nesse contexto, emergiram pertinentes questões aos profissionais, quais sejam: provou-se impossível trabalhar com métodos e técnicas importados de outra realidade social, isto é, a metodologia de desenvolvimento de comunidade extrínsecas à realidade brasileira não davam conta de responder às demandas dessa mesma realidade; e a tão fomentada neutralidade profissional diante dos graves problemas sociais que

assolavam o país não era suficiente para dar respostas mais condizentes à realidade social que estava posta.

A partir de então, inicia-se o processo de corrosão do Serviço Social tradicional, que irá aprofundar-se na década de 1970 com a instauração do movimento de Reconceituação do Serviço Social. Este movimento, que caracterizou-se por ser tipicamente latino americano, coloca Netto (2005) que

[...] a transição da década de 1960 para 1970 foi, de fato, assinalada em todos os quadrantes por uma forte crítica ao que se pode, sumariamente, designar como “Serviço Social tradicional”: a prática empirista, reiterativa, paliativa e burocratizada, orientada por uma ética liberal burguesa, que, de um ponto de vista claramente funcionalista, visava enfrentar as incidências psicossociais da “questão social” sobre indivíduos e grupos, sempre pressuposta a ordenação capitalista da vida social como um dado factual ineliminável (NETTO, 2005, p. 6).

O pano de fundo no qual gestou-se tal movimento tratava-se das crises intrínsecas à ordem capitalista, sejam elas crises de superprodução, superacumulação e superlucros (BOSCHETTI et al., 2010).

Em meio ao contexto em tela referido,

O tensionamento das estruturas sociais do mundo capitalista, tanto nas suas áreas centrais quanto periféricas, ganhou uma nova dinâmica e gestou-se um quadro favorável para a mobilização das classes subalternas em defesa de seus interesses imediatos. Registraram-se, então, amplos movimentos para direcionar os ônus da desaceleração do crescimento econômico, mediante lutas de segmentos trabalhadores e as táticas de reordenação dos recursos das políticas sociais dos Estados burgueses (NETTO, 2005, p.7).

José Paulo Netto ainda elenca três principais fatores que agiram como condutores que contribuíram na desembocadura da contestação do Serviço Social tradicional, tais quais: o contato e a assimilação do Serviço Social acadêmico com as tendências teóricas diversificadas nas ciências sociais contemporânea; a força engendrada pelo movimento estudantil; e a clivagem empreendida pelas instituições religiosas e a sua relação com o estado e com as demandas sociais.

O Movimento de Reconceituação (ou renovação) do Serviço Social caracterizou-se por ser tipicamente latino americano, tendo em vista o contexto social,

político e ideológico pelo qual passavam os países do cone sul, principalmente, no que se refere às ditaduras militares instaladas nos mesmos, inclusive no Brasil. Aquele autor evidencia que “a transição da década de 1960 para 1970 foi, de fato, assinalada em todos os quadrantes por uma forte crítica ao que se pode, sumariamente, designar como ‘Serviço Social tradicional’” (NETTO, 2005, p. 6).

E, assim, o estado ditatorial brasileiro, que perdurou no poder entre 1964 até 1975, era caracteristicamente racionalizado, o qual possuía uma orientação técnico burocrática e que, de fato, passou a demandar do assistente social uma postura “moderna” tal qual acompanhasse o processo de secularização pelo qual passavam os aparatos estatais nesta época, conseqüentemente, exigindo dos profissionais o deslocamento das ações tradicionais para ações racionalizadas.

Está claro que produzir este profissional “moderno” implicava uma profunda rotação nos mecanismos vigentes da formação dos assistentes sociais - e dela encarregou-se a política educacional da ditadura (cf. capítulo 1, seção 1.5). Com efeito, as referidas condições novas reclamavam uma inteira refuncionalização das agências de formação dos assistentes sociais, apta a romper de vez com o confessionalismo, o paroquialismo e o provincianismo que historicamente vincaram o surgimento do Serviço Social no Brasil - além, naturalmente, da expansão quantitativa das próprias agências (ibidem, 2010, p. 124).

Foi, portanto, como coloca o autor, no período da autocracia burguesa que o Serviço Social adentrou na acadêmia e nas discussões acadêmicas passando a dialogar de maneira ampla e sistemática com o rol das ciências humanas e sociais, embora, resguardando-se o lapso cultural e educacional que o período em questão implicou no país. A este processo caracterizado pelo giro profissional e a conseqüente secularização posta em marcha pela autocracia burguesa, Netto denominou de “modernização conservadora”.

O contexto em tela referido é marcadamente perpassado por uma contradição elementar, visto que em meio a uma conjuntura de extrema supressão, de empenho estatal, dos direitos individuais e coletivos, a profissão “experimentará as maiores rotações desde que surgiu no país” (ibidem, 2010). Isto porque, o regime autocrático burguês, ao mesmo tempo em que condicionou as bases da profissão no sentido que atendessem às suas demandas e interesses, possibilitou, de maneira irrefletida, a germinação de alternativas profissionais que se colocam de maneira concorrente àquilo que ela preconizava.

Diante da institucionalização e inserção acadêmica do Serviço Social, e através do contato com o pensamento social contemporâneo à sua época, despontou à categoria profissional toda sorte de questionamentos resultando em um pluralismo profissional. O Serviço Social passa a inquirir a si próprio por intermédio de uma autocrítica e de um aprofundamento das temáticas enlaçadas por ele, revelando-se, assim, na fissura da subalternidade profissional em relação às outras disciplinas das humanidades.

A atualização do conservadorismo é outra perspectiva que contempla o movimento de renovação do Serviço Social. Essa vertente, embora tenha tecido ávidas críticas ao ranço positivista que permeava a profissão até o momento, recorreu à fenomenologia enquanto base teórica e prática do agir profissional. Com vistas a contornar e responder aos reducionismos positivistas de nexos puramente causais, adotaram as compreensões fenomenológicas acerca do homem e do mundo e a posterior transformação destes, no agir profissional. Ademais, apesar de considerar-se uma intervenção profissional moderna frente às elucubrações positivistas e neopositivistas, no limite, a abordagem fenomenológica inscreveu a intervenção profissional do assistente social em uma atividade dialógica e psicologizante, a qual impelia a uma ajuda psicossocial.

[...] no apelo à inspiração fenomenológica desta perspectiva renovadora brasileira é assombrosa a absoluta falta de mínimas referências às problematizações de que as posturas, propostas, categorias e procedimentos fenomenológicos foram e são objeto. O método fenomenológico aparece como algo sem contestação, como matriz teórico metodológica situada para além de críticas e reservas. No discurso dos renovadores brasileiros que a reivindicam, a fenomenologia sequer se entremostra alvo de polêmicas acerbadas (ibidem, 2010, p. 213).

Por outro lado, a perspectiva de intenção de ruptura propôs o completo rompimento com o caldo conservador na profissão, presente desde de seus primórdios. Esse cariz inovador e crítico do movimento em questão inaugurou a inserção do Serviço Social dentro da teoria crítica de aproximação com o marxismo. Salienta-se que, num primeiro momento, dada a conjuntura histórica imbricada pelo processo de redemocratização do país, houve o contato enviesado com o marxismo, conhecido como marxismo vulgar ou marxismo sem Marx. Desta feita, considerando-se tal leitura enviesada, a atuação profissional alavancou-se mediante equívocos no

agir profissional, ensejando no Serviço Social alternativo (IAMAMOTO, 2004). Não obstante, na circunscrição democrática foi possibilitado o acesso às obras marxianas o que possibilitou o salto qualitativo teórico e profissional do Serviço Social. Este, passa então a debruçar-se frente à questão social enquanto resultante das contradições das classes antagônicas dispostas na ordem societária do capital.

As implicações do salto qualitativo da profissão evidenciaram-se a partir do III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), popularmente conhecido como congresso da virada. Para descrevê-lo, Iamamoto, elucida que

Esse congresso é um marco simbólico na recusa do conservadorismo de origem no Serviço Social brasileiro em favor de sua renovação histórico-crítica, ao associar-se aos interesses e necessidades dos trabalhadores em luta pela democracia. Contestam-se propostas exógenas à realidade latino-americana e anuncia-se “a virada” dos compromissos políticos com as classes dominantes e o poder político, que presidiram a institucionalização e o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil. Esse Congresso foi a primeira e tardia manifestação massiva da categoria dos assistentes sociais contra a ditadura militar-empresarial e o poder de classe que a sustentou (ibidem, 2019, p. 441).

O congresso da virada, conforme refere Abramides (2015), “selou o compromisso da profissão com a classe trabalhadora”, bem como direcionou a profissão na ruptura permanente com a tradição conservadora. A partir daqui, a direção social profissional é reiterada pela construção do projeto ético político do Serviço Social, do Código de Ética Profissional (Resolução CFESS n. 273/1993), pela Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8.662/1993), Novas Diretrizes Curriculares do Serviço Social e demais documentos que passam a orientar a profissão na busca por um outro projeto societário.

Este presente capítulo procurou demonstrar, através de uma análise rica em detalhes, que a institucionalização do Serviço Social esteve inscrita diante de um contexto sócio histórico marcadamente particular. Com o desenrolar deste processo, e subjacente às orientações desse mesmo contexto, a profissão do assistente social deu um giro, resultando em um salto qualitativo intelectual, tornado capaz de enriquecer seu agir profissional em seus fundamentos teórico metodológicos, ético político e técnico operativos onde, através do legado crítico marxista, foi se incrustando na defesa da luta da classe trabalhadora objetivando a construção de uma sociedade livre, igualitária e ancorada nos pressupostos da justiça social.

A exposição realizada procurou evidenciar de que forma emerge a profissão do assistente social em solo brasileiro, bem como procurou demonstrar de que maneira as transformações ocorridas na sociedade brasileira, inserida em um contexto capitalista mundializado, foram lapidando a atuação profissional através da abertura de diversos espaços sócio ocupacionais de atuação, dentre eles a área da saúde. Assim, procurou-se demonstrar como a razão dialética do desenrolar histórico impactou no desabrochar da profissão, na medida em que, *pari passu*, foi também envolvido por suas ações. Ainda sobre esta característica, lamamoto traz que,

É esse solo histórico movente que atribui novos contornos ao mercado profissional de trabalho, diversificando os espaços ocupacionais e fazendo emergir inéditas requisições e demandas a esse profissional, novas habilidades, competências e atribuições. Mas ele impõe também específicas exigências de capacitação acadêmica que permitam atribuir transparências às brumas ideológicas que encobrem os processos sociais e alimentem um direcionamento ético-político e técnico ao trabalho do assistente social capaz de impulsionar o fortalecimento da luta contra-hegemônica comprometida com o universo do trabalho. (2009, p.3).

Tomando como axioma a colocação da mesma autora de que o perfil dos assistentes sociais, no Brasil, consiste em ser “funcionário público, que atua predominantemente na formulação, planejamento e execução de políticas sociais com destaque às políticas de saúde, assistência social, educação, habitação, entre outras” (ibidem, 2009, p.5), ter-se-á no item subsequente a análise da atuação do assistente social enquanto profissional atuante na política de saúde, tendo em vista o objetivo desta presente pesquisa.

1.2. Uma breve análise sobre a inserção da categoria profissional na Política de Saúde

A partir da década de 1940, no Brasil, a área da saúde foi a que mais absorveu os assistentes sociais. Momento aquele - já referido em item anterior - em que ocorreu a institucionalização/profissionalização do Serviço Social por intermédio da implantação e ampliação das empresas estatais como forma de o estado brasileiro responder às expressões da questão social.

O hospital de clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP), sendo uma autarquia estatal e inaugurado em 1944, foi uma instituição

pioneira na contratação dos profissionais do Serviço Social (BRAVO, 1991). O contexto acerca da saúde (ter saúde), até o momento, pautava-se no modelo hospitalocêntrico, unifatorial e biologizante da saúde, onde esta era encarada através da perspectiva de ausência de doença que era proporcionada através da medicalização da vida.

Os primórdios desse modo de se interpelar a saúde derivam do pós Primeira Guerra Mundial (1914-1917) e a conseqüente ascensão dos Estados Unidos enquanto principal potência econômica mundial. O relatório Flexner, datado do ano de 1910, provocou profunda alteração nos ditames da medicina moderna. De acordo com Bravo,

As repercussões do relatório Flexner foram rápidas e dramáticas. O relatório argumentava que as escolas médicas teriam que se apoiar na medicina científica baseada em laboratórios. Esta passou a ser a norma para a educação, prática, pesquisa e análise médicas. O movimento flexneriano propôs o Hospital de Clínicas como principal estratégia de treinamento médico. O uso de métodos assépticos e antissépticos, nos hospitais, com as novas descobertas, reduziu o número de mortos por infecção e o tempo para recuperação dos enfermos. A introdução da anestesia possibilitou a realização da cirurgia sem dor e com mais esperanças de êxito. As conseqüências destes progressos foram importantes para a mudança da imagem do hospital: de um lugar onde os pobres iam para morrer transforma-se em lugar onde os enfermos podiam se curar (2013, p.58).

Não obstante, em visita ao sítio virtual do HCFMUSP é possível constatar a intervenção, financiamento e assessoria da fundação Rockefeller⁵, organismo norte americano, na construção e proposição do modelo de ensino médico para a referida faculdade.

Adiante, no decorrer do processo histórico, serão duas ações que incidirão, de acordo com Bravo e Matos (2004), no processo de arrebatamento do Serviço Social pela saúde, quais sejam: a definição de um novo conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a consolidação da política nacional de saúde no Brasil.

Após o maior conflito bélico da história contemporânea, a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), mais precisamente em 1948, a OMS realizou sua primeira

⁵ Trata-se de uma organização internacional filantrópica de saúde, que atuou no Brasil entre os anos de 1916 e 1942, a qual, travestida pela proposição de cuidar da saúde global, poder-se-ia ser investigada sob os viés imperialista norte americano atuando de maneira concomitante à formação dos grandes cartéis médico-farmacêuticos no desenrolar do processo de acumulação do capital. Para saber mais, conferir o livro *The Great Medical Fraud*, de Hans Ruesch, 1992.

assembleia, em Genebra, revolucionando o conceito de saúde ao defini-la como sendo “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças”. Desse modo, ao ampliar o conceito de saúde rompendo com o binômio saúde-doença, rebateu-se no campo da saúde a absorção de outras categorias profissionais, abrindo margem, então, para a inserção do assistente social neste espaço ocupacional. Miranda et al. (2011), aponta que o profissional do Serviço Social, que atuava em hospitais entre as décadas de 1940 a 1960, direcionava suas ações para “além do diagnóstico de fatores econômico-sociais que interferissem na assistência médica” propondo iniciativas - ainda de cunho conservador - centradas na “responsabilização do paciente, na intermediação usuário/médico/instituição e na realização de atividades que permitissem a adequada organização da instituição e o bom desenvolvimento do tratamento” (2011, p. 104).

Por outro lado, entre as décadas de 1960 e 1970, colocam as autoras que,

[...] observou-se uma inclinação maior do Serviço Social em relação às “especialidades médicas”, à “saúde mental”, ao tratamento das “deficiências e reabilitação”, à ampliação, ainda que reduzida, das temáticas da “saúde pública” e “atividades de prevenção”, além do surgimento de interesse por temáticas novas como “assistência à saúde e empresa”, “aconselhamento genético” e “trabalho e saúde” (AMARAL; MARSIGLIA, 2001 *apud* MIRANDA, 2011, p.105).

A atuação profissional, durante o período autocrático burguês, focou na manutenção da racionalidade formal-abstrata no cumprimento de ações altamente burocratizadas, rotineiras e normatizadoras ensejando na dimensão curativa da assistência médica e da prática em saúde de modo a não contestar sua suposta subalternidade frente ao saber médico. Nesse sentido, as intervenções do assistente social eram engendradas, por exemplo, na elaboração e execução de planos de tratamento social dos pacientes, encaminhamentos, reuniões de equipe visando a elucidar a situação social do pacientes aos demais profissionais, realização de atividades em grupos de pacientes e/ou familiares, entre outras. A saúde, portanto, não era analisada pela chave interpretativa do direito à saúde e pelas reais condições materiais de vida dos sujeitos e os determinantes sociais da saúde, excluindo-se da intervenção profissional deste momento os componentes críticos que passariam a atuar apenas décadas à frente.

Posteriormente, já na década de 1980, se começa a esboçar um movimento de inquietação frente à política de saúde estabelecida nacionalmente através do Movimento de Reforma Sanitária. Entretanto, o baixo engajamento dos assistentes sociais deveu-se ao movimento de questionamento interno - referido anteriormente - pelo qual sujeitava-se a categoria profissional à época.

O salto qualitativo experienciado pela profissão através de sua interlocução com as Ciências Sociais e marcado pelo Congresso da Virada, em 1979, engendrou, por conseguinte, a atuação profissional do assistente social, permeada pelo arcabouço teórico crítico marxista, pautada pela defesa dos interesses da classe trabalhadora desembocando em uma prática profissional em saúde constitutiva de um processo interventivo, de caráter educativo e, acima de tudo, transformador e emancipatório visando a consubstancialização dos direitos sociais desta mesma classe social.

A intervenção estatal na saúde, em solo nacional, deu-se de maneira diferenciada da que ocorreu nos países de capitalismo central.

No século XVIII a assistência à saúde era pautada pela atividade liberal da medicina onde, quem podia arcar com as custas de se consultar com um médico, pagava, ou através de práticas filantrópicas em saúde. Na década de 1920, tem-se a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) instituídas através da Lei Elói Chaves (decreto legislativo nº4.682 de 24 de janeiro de 1923), estas caixas possuíam um tripé financiador através da contribuição estatal, dos empregadores e dos empregados, bem como na medida em que eram organizadas por empresas, apenas os grandes estabelecimentos conseguiam mantê-las. As CAPs mais conhecidas eram a da categoria dos ferroviários, estivadores e marítimos e proporcionaram como benefícios a assistência médica curativista, o fornecimento de medicamentos, aposentadorias por tempo de serviço, por velhice e invalidez, auxílio funeral e pensão para os dependentes (BRAVO,2006).

Na década de 1930, a política de saúde era ramificada em saúde pública e medicina previdenciária. Nesta época, com o crescente processo de industrialização e maciça urbanização, houve uma redefinição do papel estatal e consequente criação das políticas públicas, antevendo reivindicações dos trabalhadores e objetivando a manutenção do *status quo* da ordem do capital. Em meio ao processo de intensa industrialização, havia nos grandes centros urbanos, uma massa de trabalhadores pauperizados coexistindo em péssimas condições de saúde, higiene, habitação e de

trabalho. Assim, a política de saúde desse momento “centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo” (ibidem,p.4).

De maneira concomitante, nesse período, tem-se a medicina previdenciária atuando nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), os quais expandiram a cobertura da proteção social a outras categorias profissionais. Todavia, a cobertura adveio baseada em limites orçamentários aprioristicamente fixados nos gastos destinados aos trabalhadores tanto na assistência médico-hospitalar, como na farmacêutica.

O período posterior, de 1945 a 1964, “não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO,2006).

A partir da década de 1950, sob o governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961) e o lema “cinquenta anos em cinco”, apesar das concessões salariais e do aparente progresso econômico do nacionalismo desenvolvimentista que experimentou o país, este governo foi marcado pela desnacionalização das empresas, através da abertura de mercado ao capital estrangeiro. Houve também a facilitação de crédito aos setores industriais. Neste bojo, as corporações médicas pleitearam, junto ao estado, a concessão da sua parte na margem creditícia endossando seus interesses na defesa da privatização do setor saúde.

De 1964 em diante, período marcado pela autocracia burguesa (NETTO,2001), a qual utilizou-se do aparelho estatal visando racionalizar e burocratizar suas ações de modo a intensificar, assim, o controle sobre a população. No âmago do aparente milagre econômico brasileiro, cujo crescimento alcançou a taxa de 11% ao ano, o regime ditatorial enveredou por uma política de arrocho salarial, investimentos no setor financeiro, forneceu subsídios e incentivos financeiros às indústrias e ao setor agricultor, fomentou o aumento das exportações, bem como passou a retirar empréstimos do exterior aumentando, vertiginosamente, a dívida pública brasileira. Não obstante tais ações que visavam à modernização do país, era preciso modernizar o setor da saúde também, devendo este setor “assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior” havendo um declínio das práticas direcionadas à saúde pública e um aumento das da medicina previdenciária.

Por conseguinte, a política de saúde da década de 1980 foi orientada para construção do projeto da Reforma Sanitária contando com a participação de novos atores políticos. Em meio a efervescência que assolava o país, a saúde interpretada dentro do projeto da Reforma Sanitária obteve teor político e passou a ser associada à prática democrática. Nesse sentido, profissionais de saúde e suas respectivas entidades representativas, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), partidos políticos, movimentos sociais, entidades da sociedade civil e sindicatos passaram a discutir e a formular propostas e contrapropostas referentes à temática da política nacional de saúde.

Bravo elucida que,

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso. a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão - os Conselhos de Saúde (2006, p.9).

Ainda de acordo com a mesma autora, o texto afirmado na Constituição Federal de 1988 foi permeado por “vários acordos políticos e pressão popular, atende em grande parte às reivindicações do movimento sanitário, prejudica os interesses empresariais do setor hospitalar e não altera a situação da indústria farmacêutica (2001, p.10).

Teixeira (1980, p.50-51 *apud* BRAVO, 2001, p. 10-11) salienta alguns dos principais elementos aprovados pelo texto constitucional atinentes à saúde, quais sejam:

O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser consideradas de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão

mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Muito embora as proposições lançadas pela reforma sanitária e acatadas pelo texto constitucional acerca da saúde tenham sido de elevado nível político e social e eram reflexo das transformações desejadas pela sociedade brasileira, alguns elementos passaram a desacreditar as ideias defendidas e a afastar a população da defesa desses ideais vez que, estes, não conseguiam palpar os efeitos propositivos defendidos na medida em que as ideias acabaram não se traduzindo em qualidade de saúde efetiva.. Ademais, diante de um cenário claudicante, dificultador e burocratizante da materialidade do Sistema Único de Saúde (SUS), os setores conservadores da política se articularam e tomaram as rédeas do direcionamento do setor saúde após a promulgação da carta magna. Deste modo, “o retrocesso político do governo de transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto político” (BRAVO, 2001,p.12).

A partir da década de 1990 em diante, assiste-se ao avanço opressor e tirano dos pressupostos apregoados pelo neoliberalismo através da redução do papel do Estado, do enxugamento dos gastos públicos e da desconstrução dos direitos sociais conquistados à duras penas pela classe trabalhadora. Testemunha-se a imposição de um direcionamento estatal voltado a sucessivos e agressivos ajustes fiscais no sentido de desonerar a máquina pública de suas atribuições constitucionalmente outorgadas em defesa da manutenção de um superávit primário, bem como o pagamento de juros e amortizações da dívida pública às custas da erodição dos direitos sociais e o conseqüente aumento da pobreza, da vulnerabilidade e da desigualdade social. Tais exemplos são passíveis de serem constatados na contrarreforma trabalhista, da previdência, na focalização da pobreza mediante as políticas sociais, no favorecimento da regulamentação de planos privados de saúde em detrimento de avanços e melhorias direcionadas ao SUS, na prática de Desvinculação de Receitas da União (DRU), na aprovação da Emenda Constitucional n°95/2016 (PEC do “Fim do Mundo”, “da Maldade”, “da Morte”), entre muitas outras ações postas em marcha pelo estado.

A atuação do assistente social na saúde, portanto, tem transitado no movimento pendular entre os projetos da Reforma Sanitária - promotor de práticas baseadas na integralidade e na universalização do acesso à saúde -, e o movimento privatista - baseado na mercantilização da saúde e em ações de cunho assistencialista - por isso, como coloca Miranda, é necessário ao profissional “refletir sobre a prática profissional na saúde [que] exige repensar a ação profissional articulada às diretrizes do Sistema único de Saúde, condizentes com o Código de Ética Profissional em vigor” (2011, p.113). Com base nesta assertiva, incide aos assistentes sociais na saúde, ter domínio do uso da instrumentalidade cara à profissão no sentido de atuar e responder às demandas trazidas pelos usuários através de uma intervenção profissional que engendre práticas democráticas, emancipadoras e que contemplem a defesa intransigente dos direitos humanos e da classe trabalhadora.

Este breve percurso pela inserção dos assistentes sociais na área da saúde procurou demonstrar, em alguma medida, as oscilações que as políticas de saúde nacionais deram ao longo do tempo e de que forma elas acompanharam as orientações políticas que vigoravam à época. Desta feita, procurou também acompanhar o percurso e ações realizadas pelos assistentes sociais inseridos nessas políticas. Diante das afirmações endossadas acima, torna-se visível o lastro histórico e movente no qual está alicerçada a profissão do assistente social.

1.3 Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde

O assistente social é uma categoria profissional com competência para atuar na área da saúde. Os documentos que normatizam tal atuação, quais sejam: a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº218, de 6 de março de 1997 e a Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº383, de 29 de março de 1999, caracterizam o assistente social como profissional da saúde. No ano de 2008, o CFESS criou o grupo de trabalho (GT) intitulado Serviço Social na Saúde, o qual elaborou o documento Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde⁶.

⁶Conferir:

http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf

Nesse sentido, com vistas a servir de referência à atuação profissional no espaço sócio ocupacional da saúde, o documento trouxe o seguinte:

Pensar e realizar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde consiste em: estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto da Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados (2010, p.30-31).

O mesmo documento aponta que, nos espaços sócio ocupacionais do assistente social na saúde, sua atuação dar-se-á na perspectiva de quatro grandes eixos, quais sejam: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (ibidem, p.41).

Desta feita, em meio a atuação profissional transitando nos eixos referidos, faz-se mister afirmar que a atuação deste profissional na política de saúde deve contribuir para a garantia dos direitos sociais dos usuários atendidos, bem como contribuir no engajamento da participação popular e do controle social no sentido de viabilizar a efetivação-materialização do SUS constitucional. Portanto, a leitura do referido

documento é imprescindível para se ter ciência dos pormenores da atuação profissional nos quatro eixos estruturantes nesta área.

Este item procurou evidenciar, ainda que de maneira sucinta, que a atuação profissional na saúde, tal como nas demais áreas que contemplam o Serviço Social, deve ser balizada pelos pressupostos contidos no Projeto Ético Político bem como no Código de Ética Profissional de modo a trabalhar com as demandas trazidas pela população usuária desses serviços de maneira a garantir seus direitos sociais enquanto cidadãos brasileiros, vez que pertencem a uma nação guiada por um Estado democrático e de direito, no qual a saúde constitui direito de todos e dever do Estado em garanti-la.

CAPÍTULO 2: GARANTIAS DE DIREITOS, DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA

2.1. Um breve percurso acerca da concepção e as gerações de direitos humanos

Este presente capítulo não pretende esgotar a concepção e evolução histórica dos direitos humanos (DH). Reservando-se às finalidades desta pesquisa, ter-se-á a exposição da doutrina jurídica geral e já consolidada acerca dos DH e suas gerações.

De acordo com a doutrina, os DH são classificados em três gerações, sendo a primeira geração a qual se remete às liberdades individuais - ou direitos civis -; a segunda geração aos direitos sociais e políticos e a terceira geração aos direitos coletivos da humanidade - difusos ou coletivos. Tais gerações de direitos, segundo Benevides, “englobam e enfeixam os três ideais da Revolução Francesa⁷: o da liberdade, o da igualdade e o da fraternidade ou da solidariedade” (1998,p.10).

Os direitos de primeira geração compõem as liberdades individuais “consagradas no XVIII, com o advento do liberalismo” (ibidem), que pleiteavam a não opressão advinda por parte do estado, se colocavam contra o regime absolutista, contra as perseguições religiosas e políticas e, em favor, do direito à vida, à liberdade de locomoção, direito à propriedade, à segurança, acesso à justiça e a ampla defesa, direito de opinião, de liberdade de crenças religiosas, de intimidade e manutenção da integridade física dos sujeitos (BENEVIDES, 1998).

Os direitos de segunda geração ou direitos sociais, englobam os direitos relacionados ao mundo do trabalho, quais sejam o direito de recebimento de um salário, direito à seguridade social, férias, redução da carga horária, previdência, entre outros. Grande parte do rol destes direitos ensejou das lutas travadas pela classe trabalhadora e suas decorrentes conquistas nos séculos passados. A ampliação dos direitos de segunda geração contempla, também, direitos sociais mais abrangentes como, por exemplo, direito à educação, à habitação e à saúde.

Por conseguinte, os direitos de terceira geração observam o direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado, defesa da paz, direito ao desenvolvimento das nações, à autodeterminação dos povos e à partilha dos patrimônios cultural, tecnológico e científico.

⁷ Ocorrida entre 1789 a 1799.

Bonavides et al. (2006) agregam às gerações de direitos, direitos de quarta e quinta geração que contemplariam o direito à informação, à democracia, ao pluralismo político e o direito à paz entendido sob outro viés.

Flávia Piovesan estabeleceu uma relação entre DH e cidadania, porém, há distinções necessárias de serem perscrutadas para se compreendê-los enquanto elementos distintos mas indissociáveis entre si. Com vistas a auxiliar a compreensão, parte-se da seguinte inferência: todo direito de cidadania é considerado um direito humano, entretanto, nem todo direito humano é um direito de cidadania. Isto posto, a conexão que se estabelece entre esse amplo rol de direitos pode ser apreendida através da ideia trazida pela autora de que,

[...] nas sociedades democráticas do chamado mundo desenvolvido, a ideia, a prática, a defesa e a promoção dos direitos humanos, de uma certa maneira, já estão incorporadas à vida política. Já se incorporaram no elenco de valores de um povo, de uma nação. Mas, pelo contrário, é justamente nos países que mais violam os direitos humanos, nas sociedades que são mais marcadas pela discriminação, pelo preconceito e pelas mais variadas formas de racismo e intolerância, que a ideia de direitos humanos permanece âmbigua e deturpada. (1996, p.2).

Considerando a explanação da autora acima, os direitos humanos, majoritariamente, são nos apresentados pela mídia e pelo senso comum como “direitos de bandidos” ou “direitos dos mansos”, sob o viés de que apenas as pessoas que cometeram crimes estariam sujeitas à tutela e amparo dos direitos humanos, ao passo que a vítima de seus crimes e os familiares desta seriam apenas silenciados e relegados ao triste grito da injustiça e da conformação.

Em verdade, DH são direitos naturais e universais, não podendo ser a eles imputados valores discriminatórios e seletivos. Neste sentido, são naturais porque são anteriores à criação de qualquer lei e não precisam estar elencados em qualquer aparato normativo para serem observados, respeitados e promovidos. Naturais porque basta integrar o gênero humano para se ser protegido por este direito. E, universais, porque “aquilo que é considerado um direito humano no Brasil, também deverá sê-lo com o mesmo nível de exigência, de respeitabilidade e garantia em

qualquer país do mundo, porque eles não se referem a um membro de uma sociedade política” (BENEVIDES, 1998, p.5).

Em contrapartida, os direitos de cidadania referem-se à ordem jurídica e normativa de um determinado país. Para se ter acesso a tais direitos, será necessário que aquele texto constitucional especifique, a partir do binômio direitos-deveres, quem são seus cidadãos. Sob essa perspectiva, os direitos de cidadania não podem ser considerados direitos universais, na medida em que eles precisam estar elencados e identificados na constituição e demais códigos normativos de um país. E, ainda, considerando a seletividade dos direitos de cidadania, é possível inferir, a título de exemplificação, que “uma criança não é cidadã, no sentido de que ela não tem certos direitos do adulto, responsável pelos seus atos, nem tem deveres em relação ao Estado, nem em relação aos outros” (ibidem, p. 6).

A ideia de cidadania é uma ideia eminentemente política que não está necessariamente ligada a valores universais, mas a decisões políticas. Um determinado governo, por exemplo, pode modificar radicalmente as prioridades no que diz respeito aos deveres e direitos do cidadão; pode modificar, por exemplo, o código penal no sentido de alterar as sanções; pode modificar o código civil no sentido de equiparar direitos entre homens e mulheres, pode modificar o código da família no que diz respeito aos direitos e deveres dos cônjuges, na sociedade conjugal, em relação aos filhos, em relação um ao outro. Pode estabelecer deveres por um determinado período, por exemplo, àqueles relativos à prestação do serviço militar (BENEVIDES, 1998, p. 4).

Dentro da área de direitos humanos ocorreu o processo de internacionalização dos direitos, fato este que ocorreu no pós Segunda Guerra (1939-1945), com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e com a posterior publicação, em 1948, da Declaração Universal dos Direitos Humanos, originando o que ficou conhecido como Direito Internacional dos Direitos Humanos (DIDH). Nesse sentido, a discussão e o movimento de internacionalização dos direitos humanos engendrou na formação de um sistema internacional normativo, atuando de maneira suplementar na proteção dos direitos humanos. Flávia Piovesan (1996) argumenta que “A sistemática internacional, como garantia adicional de proteção, institui mecanismos de responsabilização e controle internacional, acionáveis quando o Estado se mostra falho ou omissos na tarefa de implementar direitos e liberdades fundamentais”.

Para a mesma autora, a democratização ocorrida no país após o estabelecimento do período da autocracia burguesa, solidificou a incorporação do

Direito Internacional dos Direitos Humanos, bem como contribuiu para endossar o avanço democrático brasileiro. Neste prisma, faz-se mister atentar para a correlação visceral posta entre democracia e direitos humanos, de modo que tais elementos se desenvolvem e se fortalecem concomitantemente.

A introdução do DIDH no aparato jurídico normativo brasileiro possibilitou a presença e a integração de novos tipos de direitos aos direitos já nacionalmente consagrados ao alicerce normativo nacional.

Piovesan nos remete que, a respeito do DIDH,

Embora incipiente no Brasil, verifica-se que a advocacia do Direito Internacional dos Direitos Humanos tem sido capaz de propor relevantes ações internacionais, invocando a atenção da comunidade internacional para a fiscalização e controle de sérios casos de violação de direitos humanos. No momento em que tais violações são submetidas à arena internacional, elas se tornam mais visíveis, salientes e públicas. Diante da publicidade de casos de violações de direitos humanos e de pressões internacionais, o Estado se vê “compelido” a prover justificações, o que tende a implicar em alterações na própria prática do Estado relativamente aos direitos humanos, permitindo, por vezes, um sensível avanço na forma pela qual esses direitos são nacionalmente respeitados e implementados. A ação internacional constitui, portanto, um importante fator para o fortalecimento da sistemática de implementação dos direitos humanos (1996, np).

Com efeito, o movimento de internacionalização dos direitos humanos possibilitou a ampliação da cidadania, tendo em vista que passou a incluir outros direitos - previstos no âmbito internacional - ao rol de direitos já consolidados no país.

Adiante, no bojo da caracterização acerca dos direitos humanos, há que ser dimensionada a questão concernente à dignidade da pessoa humana. Inobstante tratar-se de um termo vago e impreciso, faz-se necessária a sua discussão para que, no tópico subsequente, seja envidada a discussão sobre o direito à identidade.

A própria doutrina jurídica - nacional e internacional - encontra dificuldades em precisar as qualidades contidas no termo, todavia, necessita ser abordado vez que guarda intrínsecas conexões com os direitos humanos e, por conseguinte, com o Código de ética (1993) e projeto ético político profissional do Serviço Social. Com vistas a subsidiar tal empreitada, valer-se-á das concepções trazidas por Sarlet (2007) sobre as dimensões da dignidade da pessoa humana.

Em sua abordagem, o autor procura elencar elementos que ajudem a precisar a abstração marcadamente vaga e imprecisa, na medida em que a delimitação de tal conceituação precisaria “dar conta da heterogeneidade e da riqueza da vida. [integrando] um conjunto de fundamentos e uma série de manifestações” (ibidem, p.362). Para tanto, o jurista estabelece as seguintes dimensões, a saber: ontológica, comunicativa e relacional, construção histórico-cultural.

Compreendendo a dignidade da pessoa humana através da perspectiva da dimensão ontológica implicaria em vincular tal noção a uma qualidade intrínseca da pessoa humana e, assim sendo, não sendo passível de ser renunciada e/ou alienada a outrem. Cada ser humano, e todo ser humano, carrega consigo essa qualidade que lhe é inerente justamente por compartilhar o gênero humano. Todavia, o autor aponta para uma ressalva que jaz na ideia de que não se pode inferir diretamente a dimensão ontológica a uma possível biologização da dignidade. Compartilhar o gênero humano precisa ser enquadrado na perspectiva relacional das dimensões que o autor elaborou.

A dimensão comunicativa e relacional é decorrente da dimensão ontológica da dignidade, na medida em que está dada a todas as pessoas, por viverem e conviverem em uma determinada comunidade e, por conseguinte, compartilharem em nível de igualdade os direitos e a própria dignidade da pessoa humana. Isto posto, essa dimensão implicaria, necessariamente, na obrigação geral de respeito pela pessoa humana por se tratar da partilha de uma co-humanidade de cada indivíduo e do reconhecimento de cada um dos pertencentes a esta comunidade.

Por outro lado, resgatando a qualidade imprecisa e vaga da categoria, a dignidade enquanto dimensão de construção histórico cultural não pode ser enfeixada sob viés fixista e reducionista preementemente por se tratar de termo que venha a abranger a humanidade como um todo. As definições e conceituações precisam acompanhar e se harmonizar com o "pluralismo e a diversidade de valores que se manifestam nas sociedades democráticas contemporâneas" (ibidem, p. 373). Assim, considerando-se o ser humano um animal relacional, histórico e cultural, a dimensão da dignidade da pessoa humana enquanto construção histórico cultural deverá considerar, para sua conceituação, o desenvolvimento moral e social de determinado grupamento social visto não se tratar de uma categoria estanque e imutável.

E, com vistas a tomar como eixo norteador da concepção do que vem a ser caracterizado como dignidade da pessoa humana para fins desta pesquisa, eis que contemplar-se-á a perspectiva do próprio autor no que se refere a matéria.

[...] é onde não houver respeito pela vida e pela integridade física e moral do ser humano, onde as condições mínimas para uma existência digna não forem asseguradas, onde não houver limitação do poder, enfim, onde a liberdade e a autonomia, a igualdade (em direitos e dignidade) e os direitos fundamentais não forem reconhecidos e minimamente assegurados, não haverá espaço para a dignidade da pessoa humana e esta (a pessoa), por sua vez, não poderá passar de mero objeto de arbítrio e injustiças (SARLET, 2007, p.380-381).

Depreendeu-se deste tópico, portanto, a abrangente e majoritária concepção de direitos humanos e dignidade da pessoa humana, bem como a razão diretamente proporcional que desvela no quesito defesa e promoção em sociedades democráticas. Assim, uma vez munidos das argumentações anteriormente referidas acerca dos DH, dignidade da pessoa humana e direitos de cidadania, poder-se-á analisar sucessivamente a afinidade que tal mote resguarda com a Constituição Federal de 1988, a conspícua constituição cidadã.

2.2. A Constituição Federal de 1988 como ponto nodal da concepção de direitos humanos e acesso à saúde

A Constituição Federal de 1988 consagra a aplicação dos DH em solo nacional. O texto constitucional tem como dois de seus fundamentos⁸ a cidadania e a dignidade da pessoa humana. O país ainda rege-se nas relações internacionais, também, pelo princípio da prevalência dos direitos humanos⁹. O artigo 3º do mesmo documento elenca que os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil confluem para a construção de uma sociedade livre, justa e solidária; garantia do

⁸ Na ordem: soberania; cidadania; dignidade da pessoa humana; valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; pluralismo político.

⁹ Na ordem: independência nacional, prevalência dos direitos humanos; autodeterminação dos povos; não intervenção; igualdade entre os Estados; defesa da paz; solução pacífica dos conflitos; reúdio ao terrorismo e ao racismo; cooperação entre os povos para o progresso da humanidade; concessão de asilo político.

desenvolvimento nacional; erradicação da pobreza e da marginalização e a redução das desigualdades sociais e regionais; promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Elementos estes que, por sua vez, condizem com o Projeto Ético Político e o Código de Ética do Serviço Social. Aquele documento elenca, no capítulo II, artigo 6º, os direitos sociais que perfazem, o direito a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e a assistência aos desamparados. Esta última, a saúde e a previdência social constituem a seguridade social.

O Estado brasileiro, democrático e de direito, conta em seu arcabouço legal com instituições democráticas que procuram garantir limites às ações e poder do Estado, bem como realizam mediações entre as interações econômicas, políticas e sociais presentes no coletivo (planos público e privado) visando, sempre, a garantia da constitucionalidade democrática. Nesse sentido, tais instituições devem estar essencialmente concorrendo para positivar os interesses norteadores da Carta Maior, do Estado e da sociedade civil de modo a evitar possíveis tendências desagregadoras que movimentam e compõem a vida em sociedade (ALBUQUERQUE, 2011).

Verifica-se, constantemente, através das mídias e da própria experiência cotidiana, o descrédito atinente a tais instituições democráticas, seja por motivos de corrupção, fraudes e/ou ineficiência frente ao atendimento das demandas populares. Por outro lado, apesar da rotina de descrédito e desabono pela qual vem enfrentando essas instituições, elas são basilares para a manutenção e enraizamento da democracia no país, necessitando serem defendidas de modo sistemático e peremptório.

A fiscalização do funcionamento das instituições dar-se-á , nesse sentido, pautada pela cidadania, meio pelo qual o exercício dos direitos e deveres civis, políticos e sociais normatizados na constituição e demais documentos de um determinado país ganha concretude e efetividade. Ademais, sem o exercício pleno e integral da cidadania, o texto constitucional não passará de letra morta e a formação de uma sociedade mais justa e equânime incorrerá numa espiral utópicamente sistematizada.

Com efeito, para exercer uma cidadania plena, os membros de uma sociedade devem lograr dos direitos humanos e dos direitos (e deveres) fundamentais elencados

no texto constitucional e legislações infraconstitucionais como via de fruição e construção da democracia num país.

Em 12 de fevereiro de 2021, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, vinculada à Organização dos Estados Americanos, da qual o Brasil é Estado membro signatário, publicou relatório acerca da “Situação dos Direitos Humanos no Brasil” (2021). O referido relatório apontou que, apesar de o país possuir “um sistema democrático e um Estado de Direito com sólidas instituições democráticas e de direitos humanos” (ibidem, p. 187) apresenta abismos discriminatórios e situações de extrema violação dos direitos humanos e de recorrentes esvaziamentos das instâncias de deliberação e fiscalização sociais que exercem o controle social evocado pela carta magna.

Todavia, o Estado segue apresentando um cenário de extrema desigualdade social baseada na discriminação estrutural contra pessoas afrodescendentes e comunidades tradicionais quilombolas, indígenas, pessoas camponesas e trabalhadoras rurais, pessoas que vivem na pobreza ou em situação de rua, mulheres e pessoas LGBTI. Na análise da CIDH, a concentração de renda e discriminação baseada na raça, origem social, em estereótipos de sexo, gênero, orientação sexual e idade resultaram na exclusão histórica desses grupos, que permanecem em situação de extrema vulnerabilidade (CIDH, 2021, p. 187).

Em relação à política de Saúde do país, o mesmo documento estabeleceu que, embora o país tenha se empenhado em estabelecer um sistema de saúde público e universal “que integra e articula serviços em todos os níveis de complexidade” (ibidem, p. 167), incorrem e persistem casos desafiadores e preocupantes de atentado aos direitos humanos praticados na e pelos profissionais da área da saúde.

Alguns casos apontados pelo relatório perfazem a violência obstétrica sofrida por mulheres afrodescendentes e em situação de vulnerabilidade socioeconômica; denúncias de maus-tratos, agressões físicas, verbais, humilhações e atos de racismo perpetrados por profissionais da saúde; precarização da políticas de saúde indígena; entre outros. Esses elementos são trazidos pelo relatório de forma a endossar que a área da saúde acaba por ratificar e repetir práticas de discriminação contra esses grupos, na medida em que elas estão presentes estruturalmente na sociedade brasileira.

Este tópico procurou, por conseguinte, entrecruzar a dimensão dos DH e direitos sociais afiançados pela constituição com a noção de cidadania e defesa da prática democrática com o intuito de desvelar suas aplicações na área da saúde impactando, frontalmente, na prática profissional do assistente social neste espaço sócio ocupacional.

2.3. Direitos de Personalidade: do direito à identidade

A noção de pessoa é uma categoria sociocultural, uma construção social passível de sofrer alterações ao longo do desenvolvimento histórico com vistas a preencher determinado significado sócio-histórico pujante naquele dado momento. Portanto, não é universal.

Em vista dessa particularidade, o antropólogo Marcel Mauss (1872-1950) conseguiu depreender, através de seus estudos etnográficos com os povos Pueblo e Kwai-kutt, que trata-se de uma categoria de rara ocorrência, principalmente, nas sociedades consideradas menos complexas. Nestas sociedades, não existe a ocorrência de noção de pessoa, entendida como uma unidade moral dotada de vontade e subjetividade. Para esses povos, a unidade moral é sempre a coletividade. O autor verificou através de seus estudos, que foi a partir do movimento filosófico do estoicismo¹⁰ que se começou a esboçar uma certa concepção de pessoa enquanto portadora de uma unidade moral. Essa escola passou a interpelar as ações dos indivíduos desagrupadas das ações da coletividade, ao passo que passou a conceber as ações individuais de responsabilidade exclusiva de seu agente o qual, por sua vez, deveria arcar com o ônus e o bônus daquilo por ele praticado.

Na sociedade greco-romana começou-se a notar a ação social desagrupada do coletivo e sendo imputada aos indivíduos (unidade moral) no sentido de que os frutos da ação social não eram mais vistos como resultantes daquilo que a coletividade fazia. Nesse sentido, o estoicismo foi determinante por conceber lampejos que doravante constituir-se-iam na formulação da noção de pessoa mais adiante, com o advento do cristianismo e os estudos da cristologia.

Doravante, será com a ascensão do Império Romano que a categorização da noção de pessoa ocorrerá, transformando-a em unidade moral e individualizada

¹⁰ Escola e doutrina filosófica surgida na Grécia Antiga (século III a. C).

subvertendo a lógica do que antes era pertencente ao corpo coletivo, ensejando em um “eu” visto externamente a esse coletivo.

A noção de pessoa, portanto, para Mauss (2003), é resultante da evolução do direito romano, que emprestou da cristologia a noção de pessoa para, destarte, consolidar um sistema hermenêutico e normativo que engendrou na formação da pessoa jurídica e da pessoa física. Não obstante, uma vez que a noção de pessoa não é uma categoria apriorística, eis que surge a necessidade, para que ela possa existir, da imprescindibilidade da consciência de tal possibilidade, bem como de um sistema normativo que apoie e compactue com essa possibilidade, tal qual é o sistema jurídico normativo ocidental e, portanto, o brasileiro.

O sujeito, a pessoa humana, enquanto descolada daquela coletividade, apreendida pelo direito romano enquanto unidade moral, constitui-se para o Estado brasileiro integrando as seguintes características:

Esse sujeito cuja existência se revela através de peculiar e inerente individuação, encontra no ordenamento jurídico a garantia de tal individuação, desde o início de seu existir enquanto pessoa, através do nome civil. Sendo certo que nome civil é como se denomina, no Direito, ao nome atribuído à pessoa física, considerado um dos direitos fundamentais do homem, desde seu nascimento, e que se associa ao indivíduo durante toda a sua existência e, mesmo após sua morte, continua a identificá-lo (HOGEMANN, 2009, p.3)

O sistema jurídico normativo brasileiro, alçado no bojo do direito romano e distante da abordagem coletivista das sociedades menos complexas, passou a utilizar-se da pessoa enquanto indivíduo uno e singular. A pessoa humana, assim, precisou ser individualizada e reconhecida enquanto sujeito único e irrepetível para que pudesse ter suas necessidades contempladas, devendo “ter uma existência formal que a distinga dos demais indivíduos no seio social” (ibidem).

O nome civil é o elemento qualificador do reconhecimento dessa existência ímpar de cada indivíduo. Ao mesmo tempo, o reconhecimento dessa existência deixa de se dar em termos puramente biológicos do aspecto da existência humana e passa a integrar e a normatizar o desenvolvimento do ser frente à vida social e comunitária. O sujeito, apreendido enquanto construção sócio cultural, é detentor de direitos para que possa se figurar enquanto protagonista e fim último de sua própria existência. Nesse sentido, a pessoa humana, para ser reconhecida, precisa ser individualizada, distinguida frente aos demais indivíduos que compõem o corpo coletivo.

A supracitada autora remete que,

Esta individualização é um aspecto essencial da era moderna. Como decorrência natural, tem-se então que todo ser humano precisa ser reconhecido enquanto tal e, portanto, tem o direito de ter um nome, enquanto designação que promova seu reconhecimento social e o permita, na medida em que insere na ambiência político-cultural da sociedade torná-lo apto a ser titular de direitos e deveres nesta mesma ordem social (ibidem, p. 6).

O nome é o signo distintivo que irá individualizar e dissociar cada indivíduo enquanto membro de determinado grupo familiar bem como do corpo social. O nome, e o conseqüente direito ao nome civil, constitui-se elemento basilar de reconhecimento da existência pessoal e social de uma pessoa.

O direito ao nome para a autora constitui-se, portanto,

[...] como direito público subjetivo, que subsiste justamente para restringir a ingerência do Estado aos direitos da personalidade, como forma objetiva à realização do fundamento da liberdade, sem a qual inexistiria a dignidade. O que se protege não é propriamente o nome, mas a pessoa e sua dignidade, que seriam, através do nome, atingidas (ibidem, p. 7).

É possível depreender do excerto acima que, nome e dignidade são elementos indissociáveis, que habilitam à pessoa ao exercício de sua individualidade e, por conseguinte, ao exercício de sua cidadania. Isto porque, na medida em que ocorre o processo de individualização e identificação adstritos ao nome, decorrem os direitos e obrigações contidos no reconhecimento da existência daquele indivíduo.

A necessária identificação de uma pessoa na sociedade caracteriza fins objetivados pelo Estado nos âmbitos civil, administrativo e criminal. A título de exemplos na esfera criminal incorrem-se os crimes de Estelionato (art. 171), Falsa Identidade (art. 299) e Falsidade Ideológica (art.297), do Código Penal brasileiro.

O direito ao nome, contido no registro civil de nascimento, pertencente ao rol de direitos da personalidade, contém em si os princípios da dignidade da pessoa humana e do livre desenvolvimento da personalidade (BOLESINA & GERVASONI, 2018) e inaugura a efetivação dos outros direitos relacionados ao exercício da cidadania pelos indivíduos. Trata-se de registro obrigatório e gratuito com vistas a provar a filiação, local de nascimento, idade e nacionalidade do indivíduo. Caso o registro não tenha sido efetuado, essa lacuna impossibilita o pedido de cédula de identidade (RG), de título de eleitor, reservista, carteira de trabalho, impede a realização de matrícula escolar e de atendimento pelo setor primário de saúde. Este

último sendo passível de ser vislumbrado pela dificuldade de acesso da população em situação de rua no acesso à saúde, dada a falta de documentação de identificação civil e de endereço (comprovante de residência) dessa parcela populacional.

Diante do acima exposto, depreende-se que a ausência dessa certidão impede a efetivação de outros direitos dela decorrentes, negativamente o exercício da cidadania pelo indocumentado, privando essas pessoas “de políticas e serviços públicos essenciais, fazendo com que se mantenham mais do que confinadas na esfera da desigualdade de oportunidades, enclausuradas num verdadeiro estado de exclusão social” (BRASIL, 2018, p. 135).

Com efeito, o registro civil de nascimento e, portanto, o direito ao nome, é elemento identificador e individualizador, atuando como elemento vinculador do pacto social incorrendo no respeito e promoção dos direitos e deveres a ele vinculados.

O registro civil universalizou-se através da outorga do Decreto nº9.886, de 7 de março de 1888 que impôs a obrigatoriedade dos registros de nascimento, casamento e óbitos ocorridos no país. A Constituição de 1988 assegurou a todos os brasileiros a gratuidade do registro civil de nascimento, tendo em vista a demasiada importância que esse direito (e dever) exercerá até o final da vida dos indivíduos.

Entretanto, apesar da universalização, da gratuidade e da obrigatoriedade do registro civil, o Brasil ainda possui elevado índice de abstenção do mesmo. A taxa de sub-registros de nascimento¹¹ do último relatório do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2019, levantou que, embora tenha havido uma queda do número de nascimentos de 3,2% em relação a 2018, totalizando 2.888.218 de crianças, o mesmo relatório estimou que, desses nascimentos, 77.495 crianças não tiveram seu registro civil solicitado. Os estados da região norte são os que contêm maior índice de sub-registro de nascimento, sendo 18,30% em Roraima, chegando a 9% no Pará, Amazonas e Amapá. A região sul do país possui o menor índice, de apenas 0,5%. Há ainda uma discrepância entre as regiões urbanas e as rurais.

Silvio Brasil, argumenta que a abstenção do registro civil de nascimento possui decorrência multifatorial que engloba a

¹¹ “O sub-registro de nascimentos refere-se ao conjunto de nascimentos não registrados no mesmo ano de sua ocorrência ou no primeiro trimestre do ano subsequente. Esse indicador é importante para sinalizar quão distante o País está de cumprir com a exigência básica de reconhecer o recém-nascido como cidadão, e, conseqüentemente, fortalecer as ações de políticas públicas voltadas para o aumento de tais registros” (IBGE, nota técnica 01/2020).

[...] limitação de recursos orçamentários estatais, invariavelmente escassos, à falta de informação das famílias quanto aos procedimentos necessários para o registro; das inúmeras dificuldades de se chegar a um cartório ou posto de registro (seja pela distância ou pela falta de recursos para o transporte), às discriminações e aos preconceitos arraigados, estruturalmente mantidos (BRASIL, 2018, p. 135).

Hogemann (2009) vai além ao trazer em sua análise aspectos culturais que contribuem para o sub-registro ao apontar para a “filiação ilegítima, à falta de tempo [e] à ignorância sobre a importância do registro civil”. Tais elementos devem ser acrescidos à afirmação de Brasil et al.: no que trata a questão do sub-registro no país.

Assim, este presente tópico procurou aprofundar-se na umbilical relação que a noção de pessoa e a categoria da dignidade humana estabelecem entre si, ensejando na identificação do sujeito enquanto personalidade detentora de direitos e deveres para com o corpo social a partir de sua existência formal. Nesse sentido, dada a significativa importância qualificadora do nome civil para as sociedades modernas, os indivíduos formalmente identificados têm sua existência concreta e cidadania reconhecidos pelo Estado, para que então, sejam objetos dos fins pressupostos por este mesmo Estado.

CAPÍTULO 3: ESPAÇO SÓCIO OCUPACIONAL HOSPITALAR: O SERVIÇO SOCIAL NA LUTA POR DIREITOS

3.1. Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa considerou os marcos legais que balizam a atuação profissional do assistente social e os princípios ético-políticos norteadores da profissão e, nesse sentido, procurou investigar, através do recorte factual do acesso de pacientes sem identificação civil no espaço hospitalar, como que se estabelece a atuação do assistente social diante de tal demanda visando, sempre, a garantia e efetivação do direito destes usuários.

Trata-se de pesquisa qualitativa de caráter exploratório. De acordo com Minayo et al. (2002),

A pesquisa qualitativa 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 (ibidem, 2002, p. 21-22).

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. Esta segue um “roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador” (ibidem, p. 267) facilitando, assim, com que os pressupostos do pesquisador sejam abarcados através da coleta de dados.

Para que a pesquisa se viabilizasse, foram entrevistados(as) quatro (4) assistentes sociais de instituições públicas de saúde que realizam atendimentos de urgência e emergência do município de Campinas (SP). Com o advento da pandemia do coronavírus, tendo se iniciado em fevereiro de 2020, e as decorrentes restrições do contato social, a entrevista foi elaborada e enviada via formulário eletrônico para que os(as) entrevistados(as) dessem a devolutiva. Os(as) profissionais foram contatados(as) através de ligação telefônica e convidados a participarem da pesquisa resguardadas suas identidades pessoais e local de atuação profissional via Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se encontra em anexo nesta pesquisa.

Destarte, com vistas a corroborar o pensamento de Max Weber (1979) no que concerne à “objetividade” do conhecimento nas ciências sociais, esta pesquisa se propõe a empreender uma interpretação, dentre várias outras igualmente possíveis, acerca atuação de assistentes sociais, no âmbito hospitalar, e as estratégias e ações que mobilizam quando se deparam com pacientes sem documentação civil com vistas à sua identificação e efetivação de direitos.

3.2. Análise das entrevistas: a ausência de documentação civil básica como expressão da questão social.

A pesquisa contou com a participação de quatro (4) assistentes sociais¹² que atuam na urgência e emergência de instituições públicas da cidade de Campinas (SP).

Ao serem contadas e aceitarem participar da pesquisa, através do preenchimento do TCLE, foi disponibilizado o envio, por e-mail, da entrevista semi-estruturada que continha as seguintes perguntas:

1. Qual seu sexo?
2. Há quanto tempo você trabalha como assistente social na área da saúde? Há quanto tempo nesta instituição?
3. Relate sua primeira experiência profissional ao se deparar com paciente sem documentação civil básica.
4. Como são chamados os pacientes não identificados civilmente que dão entrada na emergência hospitalar da sua instituição?
5. Baseando-se na sua experiência profissional, qual é o perfil dos pacientes não identificados civilmente que acessam a instituição hospitalar?
6. Na sua opinião profissional, quais fatores contribuem para que a falta de acesso à documentação básica seja mais recorrente em um determinado sexo (masculino/feminino) em detrimento do outro?

¹² A partir deste tópico, para facilitar a análise das entrevistas, as profissionais serão apresentadas como: assistente social 1, assistente social 2, assistente social 3 e assistente social 4.

7. Discorra sobre as estratégias e ações que você utiliza quando se depara com pacientes não identificados civilmente que estão inconscientes ou que apresentam confusão mental.
8. Dê exemplos de ações que, em sua opinião, poderiam contribuir para facilitar a busca da identidade destes pacientes.
9. Na sua opinião, como o Serviço Social hospitalar pode contribuir na garantia e efetivação dos direitos dos pacientes não identificados civilmente?

Em relação ao perfil profissional das entrevistadas, foi majoritariamente do sexo feminino, o que corrobora a tendência histórica de a profissão ser eminentemente feminina (CFESS, 2005; IAMAMOTO, 2009). As profissionais entrevistadas atuam em média a mais de dezessete (17) anos como assistentes sociais na área da saúde e em suas respectivas instituições. Depreende-se que, uma vez que a prestação da saúde constitui-se por instituições públicas - podendo o setor privado atuar de forma complementar -, que as profissionais são funcionárias públicas, fato este que reforça os dados coletados pela autora e pelo conselho federal da categoria.

Atinente ao relato da primeira experiência profissional com paciente sem documentação civil, duas (2) profissionais - assistentes sociais 3 e 4 - não se recordaram da experiência; a assistente social 1 não descreveu a experiência, porém, relatou que fora tranquila pelo fato de a instituição possuir um protocolo padrão para atuação do Serviço Social nesses casos:

O Serviço Social possui um manual de procedimentos, onde existe um protocolo que se chama POP - Procedimento Operacional Padrão desenvolvido pelo Serviço Social desde a implantação do Serviço. Minha primeira experiência fora tranquila por contar com esse instrumento (Assistente social 1).

Por outro lado, a assistente social 2 relatou que:

Atendimentos com usuários sem documentação civil acontecem de forma muito recorrente na UPA. Neste contexto, logo no meu primeiro dia de trabalho na unidade já me deparei com usuários sem documentação civil. Tratava-se de uma pessoa em situação de rua,

que após período de uso intenso de SPA, necessitou de atendimento médico de urgência para desintoxicação. Este usuário chega ao serviço apenas com a roupa do corpo, sem documentos ou pertences. O atendimento social permeou a acolhida, a escuta qualificada de sua história de vida, orientações e os devidos referenciamentos (Assistente social 2).

É possível inferir, diante das duas respostas que, a atuação do assistente social deve estar em consonância com os pressupostos ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos do Serviço Social independentemente do serviço contar com um manual de procedimentos operacionais.

O acolhimento em saúde é um dos pilares da atual Política Nacional de Humanização (PNH). Esta política subverte a lógica tecno assistencial até então promovida pelos serviços de saúde a partir de “uma nova forma de pensar e de executar a Política de Saúde, por meio de um novo modelo de gestão dos cuidados e do desenvolvimento de tecnologias assistenciais em saúde, o que sugeriria novos meios de garantia e efetivação de direitos sociais, na Política de Saúde” (CHUPEL & MIOTO, 2015).

O acolhimento demanda do profissional uma postura ética ao tratar com o paciente, vez que se faz necessário, durante a intervenção profissional, colocá-lo enquanto protagonista de sua história, fazendo com que, em conjunto com o profissional, através de uma interação horizontalizada, o paciente dialogue e apresente suas demandas e as tenha “acolhidas” pautadas na perspectiva da garantia de direitos.

A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Ministério da Saúde (MS), estabelece o seguinte em se tratar de acolhimento em saúde:

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo: faz parte de todos os encontros do serviço de saúde. O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BVS, 2008).

Este apontamento caracteriza-se de extrema importância devido à natureza interventiva da profissão ensejando na problematização do fazer profissional e suas implicações na própria política de saúde e na vida dos sujeitos atendidos por ela, levando-se em consideração a precarização dos espaços sócio-ocupacionais ocupados pelos assistentes sociais na seguridade social alavancados pela contrarreforma do Estado sob a égide neoliberal.

Na dimensão cotidiana das instituições hospitalares das entrevistadas, os pacientes que dão entrada na urgência e emergência hospitalar sem portar documentação civil básica são chamados de "Desconhecidos, Sem identidade civil confirmada, Homem ou Mulher Desconhecido (a), Desconhecido I...¹³". Este aspecto do recorte dos atendimentos realizados pelos assistentes sociais na área da saúde enseja em um perfil extremamente emblemático na medida em que descaracteriza todo o alicerce constitucional e institucional que está ancorada a sociedade brasileira e, em última instância, a própria profissão. Conforme fora abordado no capítulo anterior, o direito ao nome e ao conseqüente reconhecimento da pessoa humana pressupõe a prática dos direitos humanos e confere dignidade ao indivíduo. Além do mais, a sociedade se estrutura balizando-se pela identificação dos sujeitos a nível de garantia de direitos e de deveres para com o Estado e com o resto do corpo social. Nesse sentido, dada esta idiosincrasia atrelada à identificação/caracterização/reconhecimento dos indivíduos nas sociedades complexas, correlaciona-se a fundamental importância da intervenção do assistente social na garantia e efetivação desse direito ao paciente que adentra na instituição sem documentação civil básica. Essa correlação faz-se num nível profundo de abstração da posição que a profissão ocupa nas relações sociais, nas instituições, diante das demandas sociais elencadas pela classe trabalhadora e no aspecto generalizado dos direitos humanos e dos direitos constitucionais assegurados aos cidadãos brasileiros.

Ainda atinente à questão, a assistente social 2 trouxe outros elementos a serem analisados quando deparado com paciente sem identificação civil. A profissional elucidou o seguinte:

¹³ O algarismo romano vai variar conforme o número de pacientes sem documentação civil estiverem presentes na instituição hospitalar num dado momento.

A ficha de atendimento e os demais formulários do usuário são realizadas a partir dos dados informados pelo próprio paciente, munidos ou não de documentação civil, quando este está consciente e orientado, ou seja, em plena condição de identificar-se. Quando o usuário não está munido de documentação civil e não apresenta condições de saúde para identificar-se, este é identificado como "desconhecido", sendo registrada suas características físicas e informações complementares, como local do primeiro atendimento, quem acionou, condições e pertences que apresentava. Quando este acorda, mesmo confuso, é chamado pelo nome ou apelido indicado por ele. Estes pacientes são prioridade de atendimento do Serviço Social na unidade, que por meio da observação, escuta atenta, coleta de informações do local da ocorrência, relato de moradores/comerciantes próximo ao local, acionamento da rede de serviço do território, do município ou de outros estados, com o objetivo de apreender a realidade social na qual este usuário vive, sua história de vida, sua família e/ou sua rede social de apoio (Assistente social 2).

O relato trazido pela participante vislumbrou também que a observação deve ser realizada pelo profissional em relação às “características físicas e informações complementares”. É necessário atentar-se para as condições físicas dos sujeitos como, por exemplo, presença de tatuagens, deficiências, marcas de nascença, vestimentas, condições corporais (cabelo e unhas cortados, calos nos pés) condições do asseio corporal, território onde foi encontrado (a) pelo serviço móvel de urgência - viadutos, marquises, estradas - e como se deu o acidente - queda de altura, atropelamento, agressão física. Perscrutar o território e os sujeitos que estavam presentes no fato ou que residem/trabalham no local constitui-se de extrema importância no sentido de tentar identificar aquela pessoa. O acionamento da rede de serviços do território, do município e/ou de outros estados também é uma forma de contribuir para a identificação. Em Campinas, por exemplo, essa articulação se dá através de contato com o SOS Rua, o Setor de Atendimento ao Migrante, Itinerante e Mendicante (SAMIM), o Centro POP e o Consultório na Rua e demais equipamentos públicos como outros hospitais, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS).

A primordialidade da identificação do sujeito desenrola-se na ideia de que, caso o indivíduo não seja identificado e nem tenha tido seu desaparecimento reivindicado por parentes ou conhecidos e venha a óbito, há grande chance de que ele seja enterrado como indigente.

Quando questionadas sobre o perfil dos pacientes não identificados civilmente, as respostas delinearam-se da seguinte maneira:

Geralmente são pessoas com transtornos mentais, abandonados pela família, imigrantes, desempregados, dependentes químicos, esses são os diversos perfis das pessoas que se utilizam da rua como abrigo ou moradia (Assistente social 1).

Geralmente são indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social, com uma trajetória de vida marcada por ausências, perdas, conflitos. Pessoas em situação de rua, usuários de SPA e ou álcool, pessoas com transtornos psiquiátricos, a grande maioria com vínculos familiares muito fragilizados ou rompidos (Assistente social 2).

Homens e mulheres de 20 a 60 anos, mas já houve casos com mais idade; E alguns apresentavam características de estarem em situação de rua (Assistente social 3).

Na maioria homens entre 20 e 60 anos e em situação de vulnerabilidade social (Assistente social 4).

Os relatos das participantes englobaram os seguintes aspectos quando do perfil dos indocumentados: pessoas com transtornos mentais, em situação de rua, imigrantes, desempregados, de maioria do sexo masculino com idade entre 20 e 60 anos, usuários de substâncias psicoativas (SPA) e álcool, com vínculos familiares extremamente fragilizados e/ou rompidos e em situação de grande vulnerabilidade social. Nesta pesquisa, depreendeu-se, portanto, dos relatos trazidos pelas participantes, que o perfil majoritário de indocumentados aponta para o perfil

imensamente heterogêneo e multifatorial da população que se utiliza de ruas, marquises e viadutos enquanto moradia, isto é, da população em situação de rua¹⁴.

As pessoas acometidas por transtornos mentais, historicamente, foram segregadas e excluídas do convívio social e tiveram, como reverberação de tal exclusão, segregação e preconceito, outras dimensões de suas vidas imbricadas por esse movimento. Foucault (2010) analisou a dimensão da segregação e exclusão em profundidade em sua célebre obra sobre A História da Loucura (2013). O autor trouxe para a análise que,

Desaparecida a lepra, apagado (ou quase) o leproso da memória, essas estruturas permanecerão. Frequentemente nos mesmos locais, os jogos da exclusão serão retomados estranhamente semelhantes aos primeiros, dois ou três séculos mais tarde. Pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas” assumirão o papel abandonado pelo lazarento, e veremos que salvação se espera dessa exclusão para eles e para aqueles que os excluem. (FOUCAULT, 2010, p. 6).

A experiência brasileira, resguardada suas diferenças, não tomou rumo contrário ao da história da loucura ocorrida no continente europeu no quesito exclusão. É nítido ainda o passado dos grandes hospitais psiquiátricos anteriores à Reforma Psiquiátrica no Brasil, a exemplo dos “trens de doidos” que levavam ao Hospital Colônia, na cidade de Barbacena, em Minas Gerais. Aqui, a lobotomia e o eletrochoque eram práticas corriqueiramente executadas nas vítimas da limpeza social eugenista que pairava na sociedade à época.

A característica da loucura, por sua vez, compõe a heterogeneidade presente no contingente que compõe a população em situação de rua. É possível depreender de estudos sobre essa população que trata-se de trabalhadores que foram alijados de todos os seus direitos com o processo de agudização da pobreza inerentes ao ciclo de expansão e retração do sistema capitalista. O desenvolvimento tecnológico e as crises sucessivas do capital ampliam o desemprego gerando uma massa populacional livre para vender a sua força de trabalho e de baixa qualificação o que desencadeia em um mercado de trabalho *sui generis*.

¹⁴ No Brasil, o Decreto nº7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR). Para conhecer de forma aprofundada esta política, conferir site do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/sumario> (acesso em: 16 dez. 2021).

[...] o mercado de trabalho na sociedade capitalista se organiza levando em conta uma mão-de-obra de reserva que tem como função a regulação do sistema produtivo, seja pela pressão da oferta de trabalho no mercado, o que contribui para a manutenção dos salários num determinado patamar, seja pela disponibilidade de trabalhadores para situações de expansão econômica (YASBEK et al., 1994, p. 19).

O mercado de trabalho nos países em desenvolvimento configuram-se pela instabilidade da estrutura produtiva, fazendo com que um contingente enorme seja expulso dos postos de trabalho, seja mergulhado irregularidade do emprego e do rendimento, e passe a transitar na alternância da realização de diversos tipos de atividades ora no mercado formal, ora no informal. Assim, “acumula-se uma série de ocupações temporárias sob formas de trabalho assalariado não qualificado ou de trabalho não assalariado, desenvolvida muitas vezes em condições de insalubridade e risco” (ibidem, p. 20).

Sobre esse contingente populacional, é possível afirmar que o “fenômeno população em situação de rua é uma expressão incontestada das desigualdades sociais resultantes das relações sociais capitalistas, que se desenvolvem a partir do eixo capital/trabalho” (SILVA, 2009, p.27).

Embora esse fenômeno seja decorrente da relação capital-trabalho, a sociedade utiliza-se de aparatos de cunho moralizante para se referir a essa população. A dimensão simbólica que a população em situação de rua carrega consigo é relativa também ao tipo de sociedade na qual ela está inserida.

Giorgetti (2014), realizou um estudo que analisou a forma como a população em situação de rua é interpelada pelas categorias médicas, dos trabalhadores sociais e policiais nas cidades de São Paulo e Paris. A autora depreendeu de seu estudo que, a sociedade brasileira tende a imputar a condição de se estar na rua a fatores atribuídos aos próprios sujeitos - de cunho moralizante, no sentido de estarem na rua porque querem, por possuírem uma falha de caráter desviante - onde fatores de natureza socioeconômica não possuem vez nessa explicação, por outro lado, a sociedade francesa atribui elementos, que não a escolha pessoal, relacionados a desigualdade estrutural a essa situação.

Nesse sentido, o nível das desigualdades postas estruturalmente nas sociedades vai, de certo modo, conduzir a interpretações distintas acerca dessa população. O Brasil, por possuir uma desigualdade estrutural muito maior do que a França, pelo fato de não possibilitar o exercício da cidadania a todos os seus

cidadãos, irá incorrer em uma explicação simplista e maniqueísta da temática. A França, por sua vez, na medida em possui instituições democráticas bem mais densamente enraizadas, confere outra explicação ao fenômeno.

A autora vai além ao estabelecer que a própria qualificação dos profissionais que atuam com essa população nos dois países sofrerá interferência no modo como interpelam o fenômeno em questão.

No livro *População de rua: quem é, como vive, como é vista* (1994), os autores realizaram estudos em albergues, abrigos de inverno e casas de convivência, na cidade de São Paulo. Deste estudo, depreenderam que essa população “apresenta características bastante próximas com relação a idade, sexo, origem e mesmo situação de trabalho” (ibidem, 1994, p.63).

De acordo com o estudo, o perfil constitui-se, portanto, de uma população predominantemente masculina, relativamente jovem com menos de 40 anos, de baixo nível escolar - a maioria com ensino fundamental incompleto -, oriundos do nordeste brasileiro, possuindo rede familiar porém sem manter contato com os mesmos, com grande número de incidência em internações psiquiátricas anteriores, e a maioria não possui registro profissional em carteira mas realiza atividades para arrecadar algum dinheiro como, por exemplo, exercendo atividades de chapas, catador de materiais recicláveis e guardador de carros, conhecidos como flanelinhas. A pesquisa também constatou que, quanto maior o tempo de permanência nas ruas, diminui-se o contato com os familiares e diminui-se a possibilidade de conseguir emprego com registro em carteira. Outro dado levantado pelo estudo foi que, a ausência de endereço fixo se dá, geralmente, pelo fato de raramente recorrerem à casa de parentes e amigos, “seja porque as condições destes são insuficientes em termos financeiros e mesmo de espaço para manter mais alguém dentro da casa, seja em função de conflitos anteriores” (ibidem, 1994, p. 79-80).

As atividades de trabalho desenvolvidas são bastante variadas e podem ser caracterizadas como de baixa qualificação e ligadas principalmente ao setor de serviços. Trata-se dos postos de trabalho menos valorizados e, portanto, mais mal-remunerados do mercado. [...] A pequena competitividade desses trabalhadores no mercado de trabalho restringe enormemente suas possibilidades, sobrando para eles as funções que outros segmentos sociais não se dispõem a realizar. As alternativas dessa população se reduzem a trabalhos temporários ligados à construção civil, a serviços não especializados ou atividades autônomas desenvolvidas na rua (ibidem, 1994, p. 82-83).

Do ponto de vista da dependência química em álcool e outras drogas, principalmente o uso de etílico seria uma forma utilizada pelas pessoas em situação de modo a amenizar as agruras do viver na rua.

Dessa forma, do ponto de vista social, o morador de rua se encontra numa dupla solidão: em relação ao seu passado e em relação ao seu grupo social. Neste contexto, a garrafa de pinga, a branquinha, é uma companheira inseparável. Ela ajuda a suavizar o desconforto, a solidão e permite o estabelecimento de laços com os companheiros de rua. A relação com o mundo da rua é privilegiadamente mediada pelo álcool. [...] A rua parece simbolizar a agonia e a morte social. O uso da pinga pode ser interpretado como um analgésico que possibilita aos indivíduos liberarem-se dos códigos - amarras - aos internalizados e entrar num mundo imaginário que afaste, pelo menos por curtos espaços de tempo, as pressões sociais. Ela atua como mediador que torna possível o desligamento do mundo das obrigações, dos papéis sociais e o mergulho num outro plano de realidade, que afasta a percepção do fracasso, faz esquecer dores e decepções, enfim, torna suportável o cotidiano (ibidem, 1994, p. 101-102)

Maria Lúcia Silva (2009), constatou que a população em situação de rua elevou seu nível de escolaridade, passando a saber ler e a escrever, havendo uma pequena elevação do número de pessoas com escolaridade de nível médio e do ensino superior. A faixa etária dessa população, de acordo com a autora, encontra-se entre 25 e 55 anos.

É consensual, entre os estudiosos que se dedicam a compreender o fenômeno população em situação de rua, que ele não se apresenta como um bloco monolítico e unicausal.

Embora essa população se constitua pela heterogeneidade e multicausalidade, a autora apresenta três características que, segundo ela, constituem-se como traços comuns a essa população. A pobreza extrema, analisada não apenas pela ótica do despojamento dos meios de produção e da apropriação privada dos frutos desta mesma produção, mas também, como toda sorte de privações e direitos aliçados nas mais diversas instâncias da vida decorrentes da assimétrica relação capital-trabalho. A segunda característica comum remete-se à fragilização e/ou rompimento dos vínculos familiares. A autora elucida que, “a quase totalidade das pessoas que se encontram nessa situação possui referência familiar, embora os vínculos afetivos e de solidariedade que as unem se encontrem fragilizados ou completamente interrompidos” (SILVA, 2009, p. 130). Nesse sentido, a ruptura/fragilização dos

vínculos não se relacionaria a fatores puramente estruturais mas também a fatores atrelados à história de vida de cada sujeito, a “preconceitos relacionados à orientação sexual, a intolerância a situações de uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas” (ibidem, p. 131). E, por fim, o último traço comum a essa população seria a inexistência de moradia fixa e convencional, fazendo da rua a sua moradia.

A mesma autora ainda aponta para uma outra característica latente dessa população e que, por sua vez, concentra a temática desta pesquisa, que é a ausência de documentação civil da população em situação de rua. Para endossar sua afirmação, a autora se utiliza de dados levantados por pesquisas realizadas em Porto Alegre (RS), em Belo Horizonte (MG) e em São Paulo (SP) acerca dessa população. Dados da cidade gaúcha, coletados entre 1994-1995 e 1998-1999, apontaram, respectivamente, que 58,6% e 60% dos entrevistados não possuíam documentação civil. Na cidade mineira, em 1998, o percentual foi de 31,77% e os dados paulistanos, de 2000, apontaram para 46,8% de indocumentados.

A constatação da alta prevalência de ausência de documentação civil entre a população em situação de rua acaba se tornando um entrave para seu acesso às políticas públicas. Estas, embora possuam tendência universalizante, apresentam certas exigências formais para o seu acesso. Por exemplo, para se inscrever no Cadastro Único do governo federal, é necessário o envio de toda a documentação civil dos membros de determinada família. Para se referenciar em uma Unidade Básica de Saúde(UBS) ou em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) também se faz necessária a apresentação de toda uma gama de documentação civil. Ou seja, apesar de universalizantes, as políticas sociais, muitas vezes, caminham de encontro com as características sobressalentes da população em situação de rua, limitando, assim, a sua inclusão e o próprio exercício da cidadania.

A ausência de documentação civil ou indocumentação é fator *sine qua non* que acaba relegando a população em situação de rua à invisibilidade e à marginalidade no corpo social.

Na medida em que a população em situação de rua possui um determinado perfil levantado através da coleta de dados de pesquisas realizadas em diversas regiões do país e pelas mais diversas áreas do conhecimento, este próprio perfil já implica em uma resposta à pergunta relacionada à indocumentação sendo mais recorrente em um determinado sexo em detrimento do outro. Cabe advertir que este perfil, provavelmente, deve ter sofrido alterações com o advento da pandemia do

COVID-19 e toda a sorte de ônus que, com ela, repercutiu na vida da população mundial no tocante à agudização das expressões da questão social.

Em pesquisa recente¹⁵, da Secretaria de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos, de Campinas, foram levantados dados que caracterizaram o perfil dessa população no município. Esses dados mostraram que, atualmente, existem 932 pessoas vivendo nas ruas da cidade. Tal população se constitui majoritariamente, de indivíduos do gênero masculino (81%), de maioria preta ou parda (69%), que se encontram há mais de dez anos vivendo nas ruas (20,1%), na faixa etária entre 40 e 49 anos (31,4%), com ensino fundamental incompleto (42%), provenientes de outros estados (37,6) e que fazem uso de alguma substância psicoativa, sendo a mais apontada o álcool (64,4%).

Nesse sentido, percebe-se que a literatura corrobora os relatos e a prática profissional das assistentes sociais participantes no que concerne ao perfil majoritário dos pacientes que adentram à instituição hospitalar desprovidos de documentação civil básica.

Em relação às estratégias e ações que as profissionais mobilizam com vistas a identificação destes pacientes, obteve-se as seguintes respostas:

A princípio é lançado na rede através de contato telefônico com descrição físicas além de toda articulação da rede, Se após estas providências não houver indícios concretos para a identificação do paciente busca por possíveis familiares para o reconhecimento, notifica a Direção do Serviço Social junto com a Diretoria do Hospital para que seja elaborado um ofício à Delegacia Seccional de Polícia Departamento de Identificação Pessoal para o funcionário comparecer ao HC e colher as digitais do paciente e verificar nos registros de identidade civil. (Assistente social 1)

Como dito anteriormente, estes pacientes são atendidos pelo SS da UPA com prioridade. Realizo acolhida, observação e escuta atenta ao relato do paciente, tanto em sua chegada quanto durante todo o tempo de internação, mesmo quando apresentando confusão mental.

¹⁵ Contagem da população em Situação de Rua (2021), Prefeitura de Campinas. Para analisar o relatório de forma detalhada, acessar: <https://drive.campinas.sp.gov.br/index.php/s/2Exk2ARRAg4wz6S> (acesso em: 18 jan 2022).

Qualquer informação obtida é considerada e ponto de partida para compreender sua trajetória até ali, bem como, de localizar rede social de apoio, seja ela familiares, amigos, membros da comunidade, serviços que acompanham/acompanharam. Observo seus pertences, que às vezes, trazem informações dos locais em que o paciente esteve, receituários médicos, cartão de tratamento de saúde, entre outros. Realizo contato com pessoas que estiveram presentes no local do primeiro atendimento (do SAMU, bombeiros, PM, GM); contato com pessoas da comunidade, vizinhos, comerciantes, em busca de informações. Realizo articulação com os serviços de saúde, assistência social, educação e outros. E, principalmente, aqueles que atendem pessoas em situação de rua, usuários de SPA e álcool, com transtornos psiquiátricos ou que estejam em situação de risco social, como SOS Rua, Consultório de Rua, Centros Pop, CRAS, CREAS, Caps ad e Caps III, entre outros. Realizo busca nos bancos de dados informatizados da saúde, além de pesquisas nos registros de atendimento anteriores da UPA e parceria com o serviço social de outras unidades hospitalares. Contato com setores da Segurança pública para verificação de boletins de ocorrência de desaparecidos e possibilidade de reconhecimento do paciente. (Assistente social 2)

- 1- Contato com quem socorreu o paciente como: SAMU, Bombeiro, outros; para saber o local do socorro*
- 2- Acionar os serviços da rede de apoio: SOS Rua, SAMIM, Consultório de Rua, Centros de Saúde,*
- 3- Verificar se houve registro de Boletim de Ocorrência às vezes devido a agressão, politrauma, etc;*
- 4- Acompanhar a evolução do paciente até que o mesmo tenha condições de nos passar alguma informação que nos ajude a localizar sua família. (Assistente social 3)*

*1° Verificamos quem socorreu o paciente e o local onde foi socorrido.
2° Se sofreu algum tipo de Violência verificamos se há Boletim de Ocorrência 3° Fazemos contato com as nossa Redes de Apoio SOS Rua, Samin e outros, para que possam vir ao hospital tentar reconhecê-lo. 4° Caso não seja reconhecido, acompanhamos a evolução do quadro até que possa nos dar alguma informação para*

identificá-lo ou algum familiar procure pelo mesmo. 5º Em algumas especificidades solicitamos a Polícia Civil para que seja realizado a Papiloscopia. (Assistente social 4)

As respostas das participantes, quando questionadas a respeito de estratégias e ações que mobilizam quando se deparam com pacientes indocumentados, elencaram aspectos primordiais como: a articulação com a rede setorial e intersetorial, a acolhida, escuta qualificada.

A articulação com a rede ocorre em dois níveis diferentes, no setorial, quando se acionam equipamentos pertencentes à mesma política pública que, no caso das instituições hospitalares, é a política de saúde. E intersetorial, que é quando se acionam outras políticas, como a política de educação, de assistência social e de segurança pública, que foram trazidas pelas respostas das profissionais.

No nível setorial, as respostas trouxeram o acionamento da rede de saúde através do contato com outras instituições hospitalares, centros de saúde, dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁶, do Consultório na Rua¹⁷ e do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)¹⁸.

Em nível intersetorial, articula-se com a política de assistência social, através de contatos com o CRAS e CREAS, SOS Rua, Centro POP e o albergue municipal SAMIN. A secretaria municipal de educação, pelo política de educação. E a política de segurança pública, no acionamento da Polícia Militar (PM), da Guarda Civil Municipal (GCM) e da Polícia Civil (PC), esta última, enquanto polícia judiciária, tem a função de empreender os serviços de datiloscopia como forma de identificação dos sujeitos e de instaurar boletins de ocorrência (BO).

Por outro lado, o acolhimento e a escuta qualificada englobam a dimensão da integralidade do atendimento em saúde, bom como da “humanização das relações entre profissionais de saúde e usuários” (CHUPEL & MIOTO, 2010, p. 37) preconizadas pela Política Nacional de Humanização (PNH), de 2003, também

¹⁶ Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), de 2011, e se subdividem em tipos de atenção à saúde mental e modos de funcionamento, quais sejam: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e drogas), CAPS i (infante juvenil).

¹⁷ Consultório na Rua é um programa que integra a Política Nacional de Atenção Básica (2006) em tem como foco a atuação na promoção da saúde junto à população em situação de rua.

¹⁸ Compõe a Política Nacional de Atenção às Urgências (2003).

conhecida como HumanizaSUS, que propõe mudanças nos modos do gerenciamento e do cuidado em saúde.

A referida política abarca o acolhimento enquanto diretriz e o acolher implica no reconhecimento, pelo profissional da saúde, que o paciente traz consigo uma “legítima e singular necessidade de saúde” (BVSMS, 2013, n.p) que deve ser trabalhada enquanto tal através da “construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuários com sua rede socioafetiva” (ibidem, 2013, n.p).

Por sua vez, o como pôr em prática o acolhimento, como dar a ele concretude e visibilidade, dar-se-á através da escuta qualificada empreendida pelos profissionais da saúde. De acordo com o referido documento do Ministério da Saúde, tem-se que a escuta qualificada, direcionada às necessidades dos usuários, procurará “garantir o acesso oportuno desses usuários a tecnologias adequadas às suas necessidades, ampliando a efetividade das práticas de saúde” (ibidem, 2013,n.p).

O acolhimento, na medida em que se configura como prática interventiva do assistente social, acaba por se imiscuir à diretriz do acolhimento proposta pela PNH. De acordo com Chupel e Mito (2010), o acolhimento aglutina elementos que agem concomitantemente no processo interventivo: a escuta qualificada, a troca de informações entre usuário e profissional da saúde e o conhecimento, pelo profissional, do quadro de saúde em que se encontra aquele paciente, a postura profissional embasada pela cordialidade. Há também a dimensão do acolhimento como classificação de risco, contida PNH. Todo processo da intervenção será, sempre, confabulado pelo princípio da garantia de direitos e da integralidade da atenção à saúde do usuário.

A escuta qualificada remete-se à concepção de que o paciente será ouvido frente a demanda de sua queixa. Porém, não se trata puramente do ato de escutar, é uma escuta na qual se acionam as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, caras à profissão do assistente social, e mediadas pela perspectiva da totalidade e da cordialidade. Sobre a cordialidade, colocam as autoras que

A perspectiva da ajuda e de um comportamento cordial, de bem receber o ajudado de maneira calorosa, sendo receptivo e interessado a ponto de fazer o ajudado sentir-se valorizado, uma vez que este tem como característica a falta de algumas qualidades. Já o ajudador (profissional de saúde) precisa estar disponível para a ajuda (CHUPEL & MIOTO, 2010, p.50).

A troca de informações entre paciente e profissional da saúde, parte do questionamento deste com vistas a conhecer o quadro de saúde e a consequente queixa que é apresentada pelo mesmo, ou seja, conhecer o que o motivou a buscar o serviço de saúde. Insta salientar que o conhecimento se dá centrado no paciente e não com foco na doença.

Quanto ao acolhimento enquanto postura profissional, prática também abarcada pela cordialidade, trazem as autoras que

Como postura profissional, o acolhimento é visto como uma diretriz e, nesta acepção, receber, escutar e tratar de maneira humanizada os usuários e suas demandas é o pressuposto de uma postura baseada no acolhimento. A postura receptiva seria uma maneira de ser solidário ao outro, de estabelecer uma relação de apoio entre profissionais e usuários. Nesta dimensão, são abertas possibilidades de diálogo e escuta que permeiam as relações estabelecidas não apenas entre a equipe de saúde e o usuário, mas também entre os profissionais (ibidem, 2010, p. 50).

Nesse sentido, acolhimento como classificação de risco remete-se à PNH, vez que a concepção de acolhimento, dentro na referida política, é uma diretriz preconizada por ela.

Todas as características ressaltadas pelo acolhimento em saúde confluem com a prática interventiva do assistente social enquanto profissional que se coloca na defesa intransigente dos direitos humanos, da ampliação do alcance da cidadania e de seu compromisso com a qualidade dos serviços ofertados à população.

Destarte, quando perguntadas a respeito de exemplos de ações que poderiam vir a contribuir para facilitar a busca da identidade dos pacientes, as respostas foram as seguintes:

Um acesso mais rápido e menos burocrático de identificação civil para agilizar que usuário seja reconhecido com brevidade. Atualmente esse retorno pode levar acima de 20 dias e com algumas restrições (Assistente social 1).

Banco de dados oficial regionalizado com registro de pessoas desaparecidas e busca de familiares facilitaria a identificação dos pacientes internados sem identificação. Muitas vezes, na busca pela identificação do paciente, realizamos buscas nas várias páginas de

rede social, publicações em jornais, jornais da comunidade, entre outros locais. Ter estes dados unificados num banco único traria eficácia, eficiência e efetividade. Outra ação fundamental seria a desburocratização e facilitação do acesso a avaliação papiloscópica (Assistente social 2).

Acionar os serviços da rede de apoio, solicitar junto a Polícia Civil a papiloscopia do paciente e em alguns casos utilizar a mídia para divulgação (Assistente social 3).

Redes de apoio que trabalham com pessoas em situação de Rua. Papiloscopia. Divulgação na mídia (Assistente social 4).

A desburocratização do processo dos serviços de papiloscopia, realizados pela polícia judiciária, foi fator unânime elencado pelas entrevistadas, que pode contribuir para facilitar e agilizar o processo de identificação e conseqüente reconhecimento dos pacientes sem documentação civil básica que adentram na unidade hospitalar.

Com um mesmo objetivo, a assistente social 2 propôs a criação de um “banco de dados oficial e regionalizado com o registro de pessoas desaparecidas e a busca de familiares”, na medida em que, segundo ela, enquanto profissional que atua na prática cotidiana lidando essa temática, esse banco de dados traria “eficácia, eficiência e efetividade” na busca pelo reconhecimento de pacientes sem documentação civil.

Atinente à pergunta sobre como o Serviço Social hospitalar pode contribuir na garantia e efetivação dos direitos dos pacientes não identificados civilmente, obteve-se as seguintes respostas:

Na minha opinião e como já é uma ação corrente os casos quando o paciente recebe alta sem identificação o Serviço Social discute o caso com o Núcleo Interno de regulação e equipamentos da rede socioassistencial e de saúde providências para possível acolhimento institucional, se necessário além de judicializarmos o caso para possíveis concessões de direitos (Assistente social 1).

Na minha opinião o SS tem um papel fundamental na garantia e efetivação dos direitos dos pacientes não identificados. É o assistente social que na maioria das vezes acolhe o usuário, oferecendo escuta atenta e sem julgamentos, compreendendo o indivíduo em sua integralidade, para além da condição apresentada naquele momento. A mediação com seus familiares também exige do profissional empatia, respeito e ética. O trabalho na dimensão pedagógica também deve ser realizado, capacitando as equipes no manejo com os usuários e suas famílias, respeitando as singularidades, trajetórias e evitando exposição de sua imagem e de sua história de vida (Assistente social 2).

Nós utilizamos todos os recursos que temos disponível como já citados anteriormente visando justamente a identificação do paciente e a localização de sua família, para que possamos atender suas demandas e fazer contatos e encaminhamentos necessários para que lhe seja garantido os seus direitos via projetos governamentais de assistência, como BPC e outros recursos (Assistente social 3).

Podemos solicitar junto a Polícia Civil que seja feito sua Papiloscopia, caso seja positivo, podemos localizar os familiares ou até mesmo viabilizar sua Documentação (Assistente social 4).

Depreende-se da resposta da assistente social 1, que, para esta profissional, a efetivação dos direitos dos pacientes indocumentados se estabelece através da articulação em nível intra e intersetorial com a rede, muitas vezes, engendrando na possibilidade de acolhimento institucional do paciente, dependendo do caso. Há a possibilidade de judicialização da situação do caso com vistas à concessão de direitos, dada a situação de extrema vulnerabilidade social e rompimentos de vínculos familiares e/ou comunitários apresentada pelos sujeitos. Cada caso apresentado na instituição hospitalar deverá ser analisado de maneira parcimoniosa e equânime pelo profissional, de modo que encerre em decisões assertivas com os direitos dos pacientes.

A título de exemplificação, o caso de um paciente sem documentação civil básica que adentra à instituição hospitalar e assim permanece, sem ter seu paradeiro reclamado nem por familiares nem por amigos ou conhecidos, é passível de sofrer

judicialização. Uma vez apresentada a inconsciência e a não reclamação do paradeiro do sujeito pela família, que contribuem para a não identificação do mesmo, a atitude a ser empreendida, como maneira de garantir os direitos daquele paciente, é a judicialização do seu caso, para que medidas cabíveis sejam engendradas pelo magistrado objetivando a concessão e a garantia de direitos.

Para a assistente social 2, o papel do assistente social na garantia e efetivação dos direitos dos usuários é intercambiada pela intervenção prática realizada pelo profissional, através do acolhimento e da escuta qualificada, já apontadas como diretrizes da PNH e integrantes da dimensão interventiva do Serviço Social. E, também, por meio da capacitação da equipe hospitalar, realizada pelo assistente social, de modo a promover o respeito às singularidades e às trajetórias dos indivíduos e suas famílias, evitando, assim, possível exposição dos envolvidos.

Por conseguinte, para a assistente social 3, o processo de identificação do paciente empreendido pelo profissional assistente social configura-se, em si mesmo, uma maneira de garantir o direito do paciente, na medida em que conflui com os pressupostos contidos nos princípios fundamentais do código de ética profissional do Serviço Social e da própria constitucionalidade preconizada pela carta maior. Bem como, o encaminhamento para outros serviços e para programas de transferência de renda, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC) foram elencados pela entrevistada.

Por fim, a quarta assistente social elencou a articulação com a rede de apoio familiar do paciente indocumentado e a possibilidade de realizar o encaminhamento para a confecção de sua documentação civil, e conseqüente identificação formal, como forma de garantia e efetivação de direitos do paciente.

Nesse sentido, os relatos podem ser interpretados à luz da dimensão interventiva da profissão do assistente social, enquanto possibilidade de concretização do trabalho profissional frente às expressões da questão social e na garantia e efetivação dos direitos dos pacientes.

A dimensão interventiva, por conseguinte, se dá por meio de ações que endossam o projeto ético-político do Serviço Social e as demais características que perfazem o assistente social enquanto profissional que estabelece sua atuação pautado pelo reconhecimento da liberdade como valor ético central, pela defesa intransigente dos direitos humanos, pela ampliação e consolidação da cidadania, pela defesa do aprofundamento da democracia, pelo posicionamento em favor da

equidade e da justiça social, através do empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, pela garantia do pluralismo, pelo compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população usuária e por vincular seu projeto profissional com o processo de construção de uma nova ordem social, reiterando os pressupostos contidos no código de ética da profissão e demais documentos.

3.3. A identificação de pacientes sem documentação civil básica, no âmbito hospitalar, e a atuação do assistente social

As ações empreendidas pelas assistentes sociais frente à demanda da identificação de pacientes indocumentados, corroboram com as ações elencadas no documento Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde (CFESS, 2010), já referido anteriormente, principalmente nas ações relacionadas ao eixo atendimento direto aos usuários. Este eixo se subdivide em: ações socioassistenciais, ações de articulação com a equipe de saúde e ações socioeducativas.

A temática da indocumentação, como fora abordada anteriormente, demanda do assistente social uma atuação voltada para a articulação dos elementos trazidos pela realidade desses sujeitos (reais condições de vida apresentadas por eles) através da mediação realizada por este profissional visando, sempre, a garantia das condições necessárias para a efetivação dos direitos desses pacientes. Nesse sentido, com vistas a endossar os itens trazidos pelo referido documento e relacioná-lo à temática da indocumentação e à fala das assistentes sociais entrevistadas, optou-se por elencar os seguintes:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;

- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;

Quanto às ações de articulação dos assistentes sociais na equipe, destacou-se as seguintes:

- identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face às suas condições de vida;
- planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- avaliar as questões sócio familiares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe;
- participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária;

Assim, este tópico procurou abordar, ainda que sucintamente, as dimensões da atuação do assistente social no espaço sócio ocupacional da saúde, articulando-as à demanda de identificação de pacientes indocumentados, baseando-se nas respostas trazidas pelas assistentes sociais entrevistadas.

Foi possível perceber, pois, que a atuação deste profissional deve estar sempre consoante com os valores e diretrizes que representam os compromissos assumidos pelo Serviço Social, enquanto profissão alinhada com os interesses da classe trabalhadora, o qual atua na defesa intransigente dos direitos humanos, tendo como

expoente o princípio da dignidade da pessoa humana e o seu conseqüente reconhecimento enquanto tal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este presente trabalho de conclusão de curso, preocupou-se em investigar, como se dá o acesso de pacientes sem documentação civil básica, no âmbito hospitalar, e a conseqüente atuação do Serviço Social frente à identificação desses sujeitos pautada em uma ação fundamentada na dignidade da pessoa humana e nos pressupostos éticos defendidos pela categoria profissional. Não obstante, constatou-se que o processo de identificação desses pacientes conflui com as diretrizes de atuação e com as atribuições e competências dos assistentes sociais na política de saúde.

O trabalho objetivou, também, demonstrar como que o acesso desses pacientes, nomeadamente Desconhecidos pelas instituições hospitalares, e a sua conseqüente característica de indocumentação, contemplam um processo de desigualdade estrutural que se desenrola na relação capital-trabalho, posta sob a égide do capitalismo, e que, por sua vez, reverbera transversalmente no processo saúde-doença dos indivíduos. Nesse sentido, o perfil majoritário desses pacientes, enquanto pertencentes ao contingente da população em situação de rua, atrela a característica da indocumentação como uma expressão da questão social.

Diante de tal constatação, a pesquisa se debruçou em investigar como o assistente social - ancorado pelos pressupostos ético-políticos e pela dimensão da totalidade -, inerentes à dimensão crítica da profissão, empreendem uma intervenção profissional pautada no reconhecimento da dignidade da pessoa humana, dos direitos humanos e da cidadania desses pacientes, objetivando sua identificação e garantindo, assim, as condições necessárias para a efetivação dos direitos desses mesmos pacientes.

Ademais, esta pesquisa não se obsteu em instigar, nas assistentes sociais entrevistadas, estratégias e ações que poderiam servir para contribuir para a facilitação e efetividade na identificação desses Desconhecidos, de modo que contribua para o alcance do exercício pleno de sua dignidade existencial e positivar sua cidadania.

Concluiu-se, portanto, que o assistente social, enquanto profissional respaldado por um código de ética profissional e projeto ético-político que direcionam o agir profissional guiado pelos princípios, dentre outros, vinculados à defesa

intransigente dos direitos humanos, pela opção de um projeto político associado a uma nova ordem societária livre de dominação e discriminação e com a qualidade dos serviços prestados à população usuária, possui competência e atribuição privativa para atuar sobre a indocumentação em âmbito hospitalar.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Antônio G. **Serviço Social e Filosofia: das origens a Araxá**. Ed: Cortez, 6ª edição, 2011.

ALBUQUERQUE, Paulo Antonio de Menezes et al.: **Curso de sociologia jurídica**. Rio de Janeiro, Elsevier/Campus Jurídico, 2011.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BVSMS. Biblioteca Virtual em Saúde: Ministério da Saúde. **Acolhimento em saúde**. 2008. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>
Acesso em: 8 nov 2021.

BENEVIDES. M. V. **Cidadania e Direitos Humanos**. Instituto de Estudos Avançados da USP. São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/benevidescidadaniaedireitoshumanos.pdf>
Acesso em: 18 out 2021.

BONAVIDES, Paulo. **Curso de Direito Constitucional**. 19ª Edição, São Paulo : Editora Malheiros, 2006.

BOSCHETTI, I., BEHRING, E., SANTOS, S. M. M. e MIOTO, R. C. T. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. **Decreto-Lei 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal**. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 1940. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/529748/codigo_penal_1ed.pdf
Acesso em: 3 nov 2021.

_____. **Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 16 dez. 2021.

BRASIL, Silvio Silva. **Do direito de identificação ao direito de identidade**. Revista Científica de Direitos Humanos, v. 1, p. 132 - 152, 2018. Disponível em: <http://www.mprj.mp.br/documents/20184/151138/brasil,silviosilva.dodireitodeidentificacaoaodireitodeidentidade.pdf> Acesso em: 22 abril 2021.

CAMPINAS (Cidade). Secretaria de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos. **Contagem da População em Situação de Rua (2021)**. Campinas, 2021. Disponível em:

<https://drive.campinas.sp.gov.br/index.php/s/2Exk2ARRAg4wz6S> Acesso em: 18 jan 2022.

CHUPEL, C. P.; MIOTO, R. C. T. **Acolhimento e serviço social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde**. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 9, n. 2, p. 37–59, 2015. DOI: 10.20396/sss.v9i2.8634882. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634882>. Acesso em: 8 nov. 2021.

CIDH. Comissão Interamericana de Direitos Humanos. **Relatório: Situação dos Direitos Humanos no Brasil, 2021**. Disponível em: <http://www.oas.org/pt/cidh/relatorios/pdfs/Brasil2021-pt.pdf> Acesso em: 29 out 2021.

CFESS (Org.). **Assistentes sociais no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília: Virtual/CFESS, 2005. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/perfilas_edicaovirtual2006.pdf Acesso em: 8 nov 2021.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Código de Ética do/a Assistente Social**. Aprovado em 13 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS nº290/94, 293/94, 333/96 e 594/11. Brasília: CFESS, 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf Acesso em: 15 out 2021.

_____. **Lei n° 8.662, de 7 de Junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf.

_____, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010.

_____. **Resolução nº 383, de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Resolução CFESS 383/1999.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997.**
Disponível em:

<https://www.oas.org/dil/port/1948%20Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf> Acesso em: 15 out 2021.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. ONU, 1948.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra.** São Paulo: Boitempo, 2010. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4662435/mod_resource/content/1/ENGELS.pdf Acesso em: 28 abr. 2021. (livro PDF)

FERREIRA RAMOS, Albertina. **A formação de assistentes sociais.** Serviço Social, São Paulo, 1940.

FOUCAULT. M. **A história da loucura na idade clássica.** 9ª ed. São Paulo: PERSPECTIVA, 2010.

GIORGETTI, C. **Moradores de rua: uma questão social?.** 3ª ed. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2014.

HOGEMANN. E. R. **Direitos humanos, direitos para quem? O direito personalíssimo ao nome e a questão do sub-registro.** Belém: UFPA, 2009. Disponível em: <http://www.andhep.org.br/anais/arquivos/Vencontro/gt4/gt04p04.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2021.

MARTINS, Olga G. **Condições de vida e de trabalho na Inglaterra da Revolução Industrial.** Tese mestrado. UAB Lisboa, 2008. Disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/446/1/LC456.pdf> Acesso em: 28 abril 2021.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos Filosóficos.** Tradução de Jesus Ranieri. São Paulo: Boitempo Editorial, 2006.

MAUSS, Marcel. **“Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do eu”**. In Sociologia e Antropologia. São Paulo: Cosac & Naify, 2003.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2002. (livro em PDF).

MOTA, Ana Elizabete da. **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro: Cortez, 2006.

<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/revistaspge/revista2/artigo3.htm>. Acesso em: 14 out 2021.

NETTO, José Paulo. **Cinco notas a propósito da “questão social”**. In: Temporalis. Ano 2, n. 3 (jan./jul. 2001), Brasília: ABEPSS, Graffline, 2001. NETTO, José Paulo. Disponível

em:http://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/temporalis_n_3_questao_social-201804131245276705850.pdf (acesso em: 13 out de 2018).

_____. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, Maria Izabel Pinto de; BARRETO, Wanderlei de Paula. **Direito à identidade como direito de personalidade**. Revista Jurídica Cesumar, v. 10, 2010. Disponível em:

<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revjuridica/article/view/1439> Acesso em: 28 out 2021.

PEREIRA, Aylida Faria da Silva. **Escola de Serviço Social**. *Serviço Social*, São Paulo, a.4, n.35, p. 65-135, 1946.

PIOVESAN, F. **A Constituição brasileira de 1988 e os tratados internacionais de proteção dos direitos humanos**. DHnet. org. s/d. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/flaviapiovesan/dirinter_piovesan.htm.

Acesso em: 18 out 2021.

IAMAMOTO, Marilda V. **Renovação do Serviço Social no Brasil e desafios contemporâneos**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 136, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/i/2019.n136/> Acesso em: 26 ago de 2021.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico metodológica**. 19ª ed. São Paulo: Cortez, 2006.

IAMAMOTO, M. V. **Os espaços sócio ocupacionais do assistente social**. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. p.341-375. Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf> Acesso em: 6 out. 2021.

KRÜGER, T. R. **Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS**. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 9, n. 2, p. 123–145, 2015. DOI: 10.20396/sss.v9i2.8634891. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634891>. Acesso em: 6 out. 2021.

RUESCH, Hans. **The Great Medical Fraud**. Ed: CIVIS. Switzerland, 1992.

SANTOS, Milton. **Pobreza Urbana**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1979.

SARLET, Ingo W. **As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível**. Revista Brasileira de Direito Constitucional, vol. 9, 2007. Disponível em: <http://www.esdc.com.br/seer/index.php/rbdc/article/view/137/131>. Acesso em: 22 out 2021.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. 1ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

SILVA, V. M. **A política de saúde no Brasil: inserção do assistente social e alguns desafios da atualidade**. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/viewFile/9882/6845>. Acesso em: 6 out. 2021.

WEBER, Max. **Conceitos sociológicos fundamentais**. In: Weber, M. Economia e Sociedade, vol.I. Brasília, Editora UNB, 1994.

WEBER, Max. **A “objetividade” do conhecimento nas Ciências Sociais**. In: COHN, Gabriel (org.). Coleção Grandes Cientistas Sociais. São Paulo: Ática, 1979.

YAZBEK, Maria Carmelita. et al. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

APÊNDICE

NA BUSCA PELO OUTRO: ESTRATÉGIAS DE AÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO RECONHECIMENTO DE PACIENTES NÃO IDENTIFICADOS CIVILMENTE NO ÂMBITO HOSPITALAR

Esta presente pesquisa objetiva compreender quais as estratégias de ação são postas em marcha pelos assistentes sociais, no âmbito hospitalar, quando se deparam com pacientes não identificados civilmente e posterior necessidade de identificação. Para tanto, as perguntas a serem respondidas a seguir visam com que o profissional discorra sobre quais estratégias ele mobiliza no seu espaço sócio ocupacional.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro por meio deste termo que aceito ser entrevistado (a) no estudo “Na busca pelo outro: estratégias de ação do assistente social no reconhecimento de pacientes indocumentados no âmbito hospitalar” do Trabalho de Conclusão de Curso de Carolina Zart Fontes Cabral RA: 19460559 RG: 33.021.360-X, da Faculdade de Serviço Social – CCHSA da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela professora Dra. Jeanete Liasch Martins de Sá. Afirmo que aceito participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso do estudo. Fui informado (a) sobre objetivos estritamente acadêmicos sobre a análise das estratégias postas em ação por assistentes sociais, no âmbito hospitalar, quando adentram pacientes indocumentados na instituição e, em que medida, a busca pelo reconhecimento desse paciente torna-se uma ação fundamentada na dignidade humana e nos pressupostos éticos defendidos pela categoria profissional. Estou ciente de que minha colaboração se fará de forma anônima e sigilosa, por meio de entrevista. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e/ ou orientador. Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo pessoal ou quaisquer sanções ou constrangimentos. Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador (es) através do telefone: (19) 9.7819-1044 ou e-mail:

carolinazart@gmail.com ou pela professora orientadora através do e-mail: jmartinsdesa@puccampinas.edu.br. Atenciosamente.

() Aceito participar

() Não aceito participar

1) Qual seu sexo?

() Feminino

() Masculino

() Prefiro não dizer

2) Há quanto tempo você trabalha como assistente social na área da saúde? Há quanto tempo nesta instituição?

3) Relate sua primeira experiência profissional ao se deparar com paciente sem documentação civil básica.

4) Como são chamados os pacientes não identificados civilmente que dão entrada na emergência hospitalar da sua instituição?

5) Baseando-se na sua experiência profissional, qual é o perfil dos pacientes não identificados civilmente que acessam a instituição hospitalar?

6) Na sua opinião profissional, quais fatores contribuem para que a falta de acesso à documentação básica seja mais recorrente em um determinado sexo (masculino/feminino) em detrimento do outro?

7) Discorra sobre as estratégias e ações que você utiliza quando se depara com pacientes não identificados civilmente que estão inconscientes ou que apresentam confusão mental.

8) Dê exemplos de ações que, em sua opinião, poderiam contribuir para facilitar a busca da identidade destes pacientes.

9) Na sua opinião, como o Serviço Social hospitalar pode contribuir na garantia e efetivação dos direitos dos pacientes não identificados civilmente?