

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

LUIZ CARLOS PIRES SENNA

**O SERVIÇO SOCIAL NA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS DE PACIENTES E
FAMILIARES DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ**

**FLORIANÓPOLIS /SC
2011**

LUIZ CARLOS PIRES SENNA

**O SERVIÇO SOCIAL NA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS DE PACIENTES E
FAMILIARES DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Prof^a. Dra. Maria Del Carmem Cortizo.

**FLORIANÓPOLIS/SC
2011**

LUIZ CARLOS PIRES SENNA

**O SERVIÇO SOCIAL NA GARANTIA DOS DIREITOS SOCIAIS DE PACIENTES E
FAMILIARES DO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ**

Trabalho de Conclusão de Curso, aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.

BANCA EXAMINADORA:

Prof^ª. Dra. Maria Del Carmem Cortizo
Orientadora

Prof^ª Dr.^a Eliete Cibele Cipriano Vaz
Examinadora

Assistente Social Fátima dos Santos
CRESS-0984
Examinadora

A DÁDIVA **(Kalil Gibran)**

Então, um homem rico disse: “Fala-nos da dádiva.”

E ele respondeu:

“Vós pouco dais quando dais de vossas posses.

É quando dais de vós próprios que realmente dais.

Pois, o que são vossas posses senão coisas que guardais por medo de precisardes delas amanhã?

E amanhã, que trará o amanhã ao cão ultraprudente que enterra ossos na areia movediça enquanto segue os peregrinos para a cidade santa?

E o que é o medo da necessidade senão a própria necessidade?

Não é vosso medo da sede, quando vosso poço está cheio, a sede insaciável?

Há os que dão pouco do muito que possuem, e fazem-no para serem elogiados, e seu desejo secreto desvaloriza suas dádivas.

E há os que pouco têm e dão-no inteiramente.

Esses confiam na vida e na generosidade da vida, e seus cofres nunca se esvaziam.

E há os que dão com alegria, e essa alegria é sua recompensa.

E há os que dão com pena, e essa pena é seu batismo.

E há os que dão sem sentir pena nem buscar alegria e sem pensar na virtude: dão como, no vale, o mirto espalha sua fragrância no espaço.

Pelas mãos de tais pessoas, Deus fala; e através de seus olhos, Ele sorri para o mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por colocar em minha vida pessoas que construíram a caminhada em momentos de dificuldade, alegria, realizações.

Aos reclusos da Penitenciária da Trindade, em especial a Élcio e Guilherme do Projeto Estampa Livre, a quem eu agradeço o muito que aprendi.

Meus pais Edevaldo e Glória, meus irmãos, cunhados (a), sobrinhos (a), tios (a), primos(a), aos amigos da Pastoral Carcerária, do violão, do Grupo de Futebol.

Aos professores, alunos e funcionários do Departamento de Serviço Social da UFSC, e a professora Maria Del Carmem, que me orientou neste trabalho.

Aos parceiros do Departamento de Serviço Social do Hospital Regional de São José e a Assistente Social Fátima.

Meu maior desafio foi ser Pai, por isso divido o mérito deste trabalho com Angela, minha esposa e com meus três filhos, Luany, Luiz Arthur e Clara, que fizeram de nosso Lar durante o tempo de estudante um campo de Estágio incomparável.

Tem pessoas que não são amigos, são Anjos..... Taise, Pe. Ney, Sonia e Jaime.

SENNA. Luiz Carlos Pires. **O Serviço Social na Garantia dos Direitos Sociais de Pacientes e Familiares do Hospital Regional de São José**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, tematiza a importância da socialização das informações, por meio de ações socioeducativas para garantia de direitos sociais dos sujeitos que são atendidos pelo Serviço Social no Hospital regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG). Para tanto faz um breve histórico sobre a origem do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação com o marco histórico da Previdência Social. O SUS é parte integrante da atual Política Nacional de Saúde, instituída pela Constituição de 1988, que prevê que a saúde é dever do Estado e direito de todos os cidadãos. Apresenta o HRSJ, sua criação e a inserção do Serviço Social, seus objetivos, atribuições nessa instituição. Com base nessa atuação o trabalho desenvolve-se em torno das políticas sociais, enunciando os Benefícios Sociais e Previdenciários e como o assistente social articula-os com os pacientes do referido hospital. A partir disso analisa a importância da informação como instrumento potencializador para a construção do protagonismo dos sujeitos envolvidos.

Palavras chaves: política social, ações socioeducativas, direitos sociais.

LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CEME	Central de Medicamentos
DATAPREV	Empresa de tecnologia e Informação da Previdência Social
DPVAT	Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
HRSJHMG	Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes
HRSJ	Hospital regional de São José
IAPS	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IAPB	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes
IAPETEC	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte e Cargas
IAPFESP	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IAPM	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPS	Ministério de Previdência Social
NOBs	Normas Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial de Saúde
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
1 O DIREITO À SAÚDE E A PREVIDÊNCIA SOCIAL.....	11
1.1 Trajetória histórica do Sistema Único de Saúde (SUS).....	11
1.2 A Instituição: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes.....	19
1.3 O Serviço Social no HRSJ.....	21
2 BENEFÍCIOS CONTRIBUTIVOS E NÃO CONTRIBUTIVOS ACESSADOS NO HRSJ.....	26
2.1 Benefícios Sociais não contributivos.....	26
2.2 Benefícios Sociais previdenciários.....	29
3 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ E A EFETIVAÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS.....	33
3.1 A dinâmica de trabalho do Serviço Social na orientação sobre direitos sociais.....	33
3.2 As ações sócio-educativas como estratégia de trabalho do profissional em Serviço Social.....	36
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
APÊNDICE A.....	43
ANEXO I.....	47

INTRODUÇÃO

O tema do estudo aqui apresentado surgiu a partir da experiência de Estágio Curricular Obrigatório realizado no Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes em São José, no período de março a novembro de 2011 e traz como assunto central a garantia de direitos sociais na prática interventiva do Serviço Social do referido Hospital.

O objetivo principal deste trabalho é discutir a importância da socialização da informação sobre direitos sociais, no processo de trabalho do assistente social visando o protagonismo dos sujeitos envolvidos (pacientes e familiares).

Para tanto, optou-se por estruturar o trabalho em três seções.

A primeira seção inicia com um breve relato da trajetória do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil a partir do reconhecimento da saúde como direito humano com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Esta, chamada “Constituição Cidadã”, inaugura o sistema de proteção social pautado na concepção de seguridade social, que universaliza os direitos sociais concebendo a assistência social, a saúde e a previdência social, como questão de relevância pública e de responsabilidade do Estado. Desta forma a atenção à saúde passa a ser regulamentada, a partir do ano de 1990, no país, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Para finalizar a seção, é apresentada a história de criação do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), bem como uma breve caracterização do Serviço Social, seus objetivos e atribuições, na referida instituição.

Na segunda seção são apresentados os benefícios da assistência social e os previdenciários, mais utilizados na prática dos assistentes sociais no HRSJ.

A Lei Eloy Chaves de 1923 foi a primeira a instituir a Previdência Social no Brasil, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP's). Na década de 30, através da promulgação de diversas normas, os benefícios sociais foram sendo implementados para a maioria das categorias de trabalhadores, dos setores público e privado. Foram criados, também, seis institutos de previdência social, responsáveis pela gestão e execução da seguridade social brasileira.

A inclusão da Assistência Social na Constituição Federal de 1988 foi um marco histórico na luta pelo seu reconhecimento como Política Pública de Seguridade Social. Entretanto, faltava uma regulamentação específica, o que veio a ser sanado com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), aprovada em 1993, que impôs ao Estado o dever de assegurar a Assistência Social como um direito do cidadão, para prover, assim, o atendimento às necessidades básicas. E a Previdência Social, também integrante no tripé da Seguridade

Social, constitui-se como um sistema estatal cuja principal função é a proteção social de trabalhadores que se aposentam ou que, por algum motivo, ficam impossibilitados de trabalhar.

Mas, para usufruir os referidos benefícios, o trabalhador precisa estar inscrito, e contribuir mensalmente. Por outro lado, além de cobrar a contribuição daqueles que são capazes de fazê-la, uma política que tenha por objetivo aumentar a cobertura da proteção social demandará novas formas de financiamento que não sejam baseadas em contribuições monetárias individuais, para incorporar aqueles grupos que não são capazes de manter contribuições regulares. Também há benefícios sociais não contributivos, que atendem aqueles que não contribuem, porém com algumas exigências para seu acesso.

A terceira seção apresenta as ações sócio-educativas, o que são e sua importância enquanto estratégia de trabalho do assistente social para o enfrentamento da desigualdade social. Mostra também como a socialização das informações realizadas no HRSJ, responde a este objetivo. As ações sócio-educativas são desenvolvidas pelos Assistentes Sociais a partir de três eixos: do trabalho em torno da orientação e informação sobre as questões que envolvem o reconhecimento e a viabilização de direitos sociais; do trabalho em torno de aspectos da organização e dinâmica familiar, o que envolve as questões familiares e de “suporte emocional”; e do trabalho em torno da organização social e participação política, cuja preocupação é a de fortalecer o usuário e a família para uma ação mais coletiva e voltada à mobilização social.

A metodologia, utilizada na construção deste trabalho, corresponde a pesquisa bibliográfica sobre o assunto. A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Pode ser realizada independentemente ou, também, como parte da pesquisa descritiva, quando é feita com o intuito de recolher informações e conhecimentos prévios acerca de um problema para o qual se procura resposta. (MARCONI e LAKATOS,1999).

Por fim, são apresentadas as considerações finais e o referencial bibliográfico utilizado na elaboração deste trabalho.

1 O DIREITO À SAÚDE E A PREVIDÊNCIA SOCIAL

A presente seção pretende apresentar um breve histórico do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi resultante de lutas dos movimentos sociais por saúde, que aconteceram no Brasil nas décadas de setenta e oitenta, e foi institucionalizado pela Constituição Federal (1988) e pelas Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142, de 1990). Aborda posteriormente a descrição do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), e as ações profissionais dos assistentes sociais nesta instituição.

1.1 Trajetória histórica do Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição de 1988, em seu capítulo VII da Ordem Social e na seção II, referente a saúde, no Artigo 196, diz:

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, o SUS é descrito como um novo sistema em construção, permeado por lutas e conquistas sociais. Entender a trajetória percorrida por esse sistema faz-se necessário para compreender a transformação do conceito de saúde, até a promulgação da Constituição de 1988, e leis complementares.

O SUS, de acordo com o Art. 4º da Lei Federal 8.080/90, caracteriza-se como “conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Municipais e Estaduais, da Administração Pública Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo poder público e, complementarmente, pela iniciativa privada”.

No Brasil, o acesso aos serviços de saúde é marcado por desigualdades vinculadas em boa parte ao modelo de desenvolvimento econômico agroexportador, com uma política voltada para o saneamento dos espaços de circulação das mercadorias e para a erradicação e controle das doenças que prejudicariam a produção. Não havia uma participação do Estado, ele não dava assistência aos que necessitavam da “cura da doença”, e então a população procurava ajuda junto a outras instituições, como a Igreja.

Esse foi o cenário brasileiro até os anos 1930, quando criaram-se as Caixas de Aposentadoria e Pensão(CAPS). Segundo Braga e Paula (1985 apud BRAVO,2008):

[...] A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde do poder central [...] Neste período, também foram colocadas as

questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se construíram o embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo o mais importante a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS) em 1923, conhecida como Lei Eloi Chaves, estas eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões.

Esse foi o marco do surgimento da Previdência Social no Brasil. Logo após, em 1932, as CAPs foram incorporadas aos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS), já divididos em categorias profissionais.

Em 1930, criara-se o Ministério da Educação e Saúde. Já em 1937 surgem os Departamentos Estaduais de Saúde, precursores das atuais Secretarias de Saúde. As atenções predominantes dos governos, até então, estavam voltadas às ações de caráter coletivo, começando nessa década a se deslocar para a assistência médica individual.

A rede previdenciária, em 1940, e a assistência médica tiveram um aumento considerável nos gastos, tendo em vista o crescente processo de industrialização e urbanização, que ampliou o número de trabalhadores que viviam em precárias condições de higiene, saúde e habitação.

Para Oliveira e Teixeira (1986),

[...] a legislação do período que se inicia em 1930, procurou demarcar a diferença entre previdência e assistência social que antes não havia, foram definidos limites orçamentários máximos para as despesas com assistência médico-hospitalar e farmacêutica(p.65).

Inicialmente, a assistência médica não era significativa e nem fazia parte das reivindicações dos trabalhadores. Em 1942, é criado o Serviço Especial de saúde Pública (SESP), em consequência de convenio firmado entre o governo brasileiro e o norte-americano, para o desenvolvimento de ações médico-sanitárias na região amazônica, objetivando a garantia da produção da borracha, na época da Segunda Guerra Mundial.

Nos anos 1950, mesmo com a criação do Ministério da Saúde (1953), não houve grandes avanços, demonstrando que este setor não se constituía como prioridade do Estado, comprometendo o atendimento à população.

A partir da década de 1960, o sistema de saúde começa a sofrer um processo de descentralização, através da criação de redes públicas nos Estados. Também foi promulgada a Lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que veio a estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinada a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT (POLIGNATO, 2001).

De acordo com Oliveira e Teixeira (1986),

A unificação da Previdência Social, com a junção dos IAP'S em 1966, se deu atendendo a duas características fundamentais: o crescente papel investigativo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, em sua exclusão na gestão da previdência ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores [...] (p.207).

A LOPS passou a estabelecer o mesmo plano de benefícios, o mesmo esquema de financiamento e a mesma estrutura administrativa para os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que passaram a existir, sendo eles: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte e Cargas (IAPETEC), e Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (IAPFESP). Desse modo, buscou-se unificar as contribuições e prestações dos diferentes institutos, regulando a Previdência Social.

Porém, além de conceder igual importância aos benefícios e serviços, o sistema previdenciário dos trabalhadores da iniciativa privada sofreu, posteriormente, uma progressiva unificação legal e institucional. Inclusive as “caixas” e Institutos de Previdência Corporativos passaram por um processo de homogeneização de seus planos de custeios e de benefícios por meio da LOPS, que culminou com a implantação do atual Regime Geral de Previdência Social (RGPS), operado pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), dados esses expostos pelo Ministério da Previdência Social, em 2008.

Em função desses fatos e do caráter autoritário do regime da ditadura militar, a partir de 1964, ocorreu a concentração dos IAP'S em um único órgão. Em 1967 é criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Nesse período o setor saúde no Brasil propiciou segundo Magajewski (1994) citado por Borba (1997,p. 21),“a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado desses serviços” . No ano seguinte (1967), aconteceu a reforma da Administração Federal.

As principais características do modelo adotado na implantação do INPS seriam:

A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública; a criação, através de intervenção estatal, de um complexo médico-industrial (MENDES 1995, p.22).

No ano de 1977, cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), juntamente com a Lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), que procurou organizar, racionalizar e centralizar a previdência social na forma de administração. Temos nesse período a criação de órgãos e institutos como: Empresa de tecnologia e Informação da Previdência Social (DATAPREV), Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e Central de Medicamentos (CEME), (CHUPEL, 2005) .

Já na década de 1980 ocorreu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, com a participação de uma parcela de intelectuais universitários e profissionais da área de saúde, incorporando após, as centrais sindicais, os movimentos populares de saúde, parlamentares de partidos políticos identificados com as causas populares, além de intelectuais do campo sanitário. Esse Movimento defendia a construção de uma nova política de saúde: democrática, descentralizada, universal e unificada.

O projeto da Reforma Sanitária, segundo Mendes (1995, p. 42) constitui-se:

Como um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como um direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde, constituído sob regulação do Estado, que objetiva eficiência, eficácia e equidade. Que se construa permanentemente através do incremento de sua base social, da ampliação da consciência sanitária dos cidadãos, da implementação de um novo paradigma assistencial, do desenvolvimento de uma nova ética profissional e da criação de mecanismos populares de gestão e controle sobre o sistema.

O debate acerca da Reforma Sanitária é fruto dos resultados da Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, que teve como sede a cidade de Alma Ata, no Cazaquistão, em 1978, derivando a declaração de Alma-Ata:

I) A Conferência enfatiza que a saúde - estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade - é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da

comunidade, o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) Os cuidados primários de saúde: 3- Incluem pelo menos: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, previsão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, atividades de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Nessa perspectiva, o Movimento de Reforma Sanitária influenciou significativamente a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em março de 1986, em Brasília, com a participação de mais de quatro mil pessoas, e apresentou como resultado central o estabelecimento de um consenso político que permitiu a formatação de um novo projeto para o sistema de saúde brasileiro. São aspectos defendidos no projeto: o conceito ampliado de saúde, a saúde entendida como um direito de cidadania e dever do Estado, e a instituição de um Sistema Único de Saúde. (MENDES, 1995).

Tal Conferência defende um conceito ampliado de saúde, considerando-a resultante de condições de habitação, alimentação, renda, emprego, lazer, trabalho, entre outros. Assim, a aplicação do conceito de saúde exige que o Estado assuma políticas de atenção à saúde e meios para efetivá-la.

Como resultante dessa discussão, em 1987, foi criado o Sistema Unificado e descentralizado de Saúde (SUDS), na tentativa de institucionalizar os princípios de unificação e descentralização, reduzindo o centralismo identificado no INAMPS. Mas não foi positiva a sua criação, pois não alterou o modelo assistencial vigente, com desigualdades de acesso, baixa resolutividade, etc.

Destarte, a efetivação das ações do Estado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciou-se com a promulgação da Constituição Federal em outubro de 1988, criando-o e produzindo fortes alterações no âmbito da política de saúde e de seguridade social no Brasil. Neste sentido, o artigo 194 da Constituição Federal de 1988 define a seguridade social como “um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 111).

Nossa Carta Magna, de 1988, resgata um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes propostas pelo movimento da reforma sanitária, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente regulado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS), nº8080 e nº 8142 de 1990.

Durante o processo de promulgação, a Lei 8.080/90 sofreu 25 vetos do então Presidente da República Fernando Collor de Mello, sendo que, meses depois, alguns temas vetados foram definidos na Lei Complementar 8.142 de 28 de dezembro de 1990. A LOS dispõe, principalmente, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, instituindo em cada esfera do governo as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde enquanto instâncias de controle social; e sobre as transferências intergovernamentais de recursos, alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde e os requisitos para Municípios, Estados e Distrito Federal receberem estes recursos (BRASIL, 1990b). Mesmo com a regulamentação do SUS pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, ainda eram observadas algumas dificuldades operacionais no processo de implantação do Sistema. Para contornar essas dificuldades, o Ministério da Saúde passou a editar as Normas Operacionais Básicas (NOBs) do SUS, com o intuito de normatizar as formas de trabalho conjunto entre as três esferas de governo, buscando a aplicação dos princípios legais para as diferentes realidades locais (CARVALHO; PETRIS; TURINI, 2001).

Na Constituição, são ressaltados alguns aspectos fundamentais acerca da saúde, tais como: o conceito de direito à saúde entendido na perspectiva de uma articulação de políticas sociais e econômicas; saúde como um direito social universal, derivado do exercício de uma cidadania plena; a caracterização das ações e serviços de saúde como de relevância pública; a criação de um Sistema Único de Saúde organizado segundo as diretrizes de descentralização, com mando único em cada esfera de governo; o atendimento integral e a participação da comunidade e a integração da saúde no espaço mais amplo da seguridade social (MENDES, 1995).

Os princípios doutrinários que norteiam a construção do SUS, baseados nos preceitos Constitucionais, são: universalidade, equidade e integralidade.

Universalidade: de cor, raça, religião, local de moradia, situação de emprego, renda, etc. A saúde é direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal. Deixa de existir com isso a figura do “indigente” para a saúde (brasileiros não incluídos no mercado formal de trabalho).

Equidade: todo o cidadão é igual perante o Sistema Único de Saúde e será atendido conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem

de forma diferente, ou seja, cada grupo ou classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidade de satisfazer suas necessidades de vida. Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, e diminuindo as desigualdades existentes.

Integralidade: ações de saúde devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral, submetido às mais diferentes situações de vida e de trabalho, que levam a adoecer e a morrer. O indivíduo deve ser atendido como um ser social, cidadão, que biológica, psicológica e socialmente, está sujeito a riscos de vida. Dessa forma, o atendimento deve ser feito para a sua saúde e não só para as suas doenças. Isso exige que o atendimento deve ser feito também para erradicar as causas e diminuir os riscos, além de tratar os danos. Ou seja, é preciso garantir o acesso às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Almeida, Chioro, Zioni, 1995, p. 35 e 36).

Têm-se também os princípios que regem a organização do SUS: regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos, complementaridade do setor privado.

Conforme Paim (1999), o princípio da rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde supõe a distribuição espacial dos equipamentos e estabelecimentos em função das características epidemiológicas de cada localidade, descentralizando os serviços mais simples e concentrando os mais complexos. Pelo proposto, a entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde seria através de uma “porta de entrada única”, representada pelos serviços de primeira linha. Este nível de atenção é chamado de primário, atenção básica à saúde. O nível secundário, também chamado de atenção de média complexidade, é composto de consultórios especializados e de pequenos hospitais. O nível terciário, de atenção de alta complexidade, é constituído por grandes hospitais gerais e especializados que concentram a tecnologia compatível com as subespecialidades médicas e servem de referência para os demais serviços. Os atendimentos de alta complexidade envolvem procedimentos de alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: trauma/ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Além de seus princípios doutrinários, o SUS também é constituído por princípios que regem sua organização, quais sejam, segundo ALMEIDA, CHIORO & ZIONI ,1995, p. 37-38, apud CHUPEL:

Resolutividade: é a exigência de que, quando um indivíduo buscar o atendimento ou quando surgir um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo no nível de sua complexidade.

Descentralização: é entendida como uma redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Deverá haver uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo, com um nítido reforço do poder municipal no tocante à saúde. Esse processo recebe o nome de *municipalização*.

Participação dos Cidadãos: é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução em todos os níveis, desde o federal até o local. Esta participação deve dar-se nos conselhos de saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviços, com poder deliberativo. [...] é dever das instituições oferecer as informações e os conhecimentos necessários para que a população se posicione em relação às questões que dizem respeito à saúde.

Mendes (1996), ao dissertar sobre a construção processual do SUS, apontou que este não nasceu de uma proposta utópica vinda de algum gabinete, mas como fruto de discussões e embates políticos que se desenrolaram durante anos e que, em determinado momento, no Congresso Nacional, foi institucionalizado. Nesse sentido, entender o SUS como um processo sócio-histórico, significa não considerá-lo acabado, mas como uma instituição em constantes transformações e que transcende em muito a si mesma:

(...) uma vez que demarca as possibilidades e os caminhos de uma imprescindível reforma do aparelho do Estado brasileiro, porque explicita os papéis federativos, redistribui as competências, descentraliza os recursos, democratiza as decisões e procura romper com as clássicas relações de intermediação clientelistas ou corporativas que estão na medula do nosso Estado. (Ibidem: 66)

A partir dos anos 90 foram adotadas práticas neoliberais, tais quais: cortes no orçamento / financiamento, principalmente em educação e saúde; reformas dos sistemas de previdência social e a privatização de empresas estatais. Tais práticas apoiaram-se nos ideais neoliberais de controlar a crise fiscal do Estado pelo enxugamento da sua máquina administrativa e produtiva, através do desmonte das políticas sociais.

Apesar dos novos tempos, o SUS pode ser considerado como um espaço privilegiado de construção de cidadania - remando contra a corrente hegemônica neoliberal que busca a redução das políticas públicas, pois além de contemplar em seus princípios doutrinários o acesso igualitário e integral de toda a população brasileira aos serviços públicos de saúde, também defende, como um dos ítems de seus princípios organizativos, a participação e o

controle social, através de entidades como os conselhos de saúde (locais, municipais, estaduais e federal).

A saúde como direito de todos garante o atendimento universal e igualitário, em contraposição ao sistema previdenciário seletivo e contributivo. O direito à saúde e sua efetividade como política pública garante o papel estatal de executor, regulamentador e financiador das ações de saúde a partir do SUS (TEIXEIRA; MENDONÇA, 1989).

No próximo item, descrevemos o Hospital Regional de São José e a inserção do serviço social nesta instituição.

1.2 A Instituição: Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes

O Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes (HRSJHMG), foi inaugurado no dia 25 de fevereiro de 1987, e ativado no dia 02 de março do mesmo ano. Recebeu este nome em homenagem ao Dr. Homero, médico nascido na cidade de Ouro Fino em Minas Gerais que, no início da década de 1940, foi convidado pelo então governador de Santa Catarina, Dr. Nereu Ramos, a fazer parte do corpo clínico do Hospital Colônia Santa Tereza.

O HRSJ foi construído em uma área de 20.264.06 m, entre os anos de 1982 e 1986, no governo de Esperidião Amim, sendo realizada sua inauguração em 25 de fevereiro de 1987, e sendo ativado no dia 02 de março do mesmo ano sob a direção do Sr. Isaac Lobato Filho.

Na época pertencia à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, subordinada à Secretaria do Estado da Saúde. Atualmente, com a extinção da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, a instituição está subordinada diretamente à Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, que responde pelos recursos materiais e humanos da instituição.

O HRSJ hoje é uma instituição de natureza pública estatal, instituída pela Lei 3.765 de 31/12/1970. Sendo assim, todos seus recursos, inclusive do Serviço Social, provêm da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Há, no entanto, doações de cestas básicas, remédios, roupas, que são entregues por voluntários à administração do Serviço Social.

Com relação à estrutura, o hospital conta com atendimento de emergência, ambulatorial e internação. Por ser centro de referência nas áreas de ortopedia, cardiologia e oftalmologia, o hospital é uma instituição bastante procurada. Atende não só a Grande Florianópolis, mas também, usuários de municípios circunvizinhos e do interior do Estado, o

que muitas vezes provoca uma demanda de serviços maiores que a capacidade de atendimento.

O Hospital tem como missão: *Oferecer serviços de saúde, ensino e pesquisa, com qualidade e resolutividade, de acordo com as necessidades de nossos usuários internos e externos, com princípios de respeito, humanização e principalmente ética.* E tem como visão: *Ser excelência em quantidade e qualidade no atendimento das áreas/especialidades em que hoje atuamos, focados no futuro, buscando ampliar, assegurando eficiência.*

Inicialmente, as atividades prestadas eram apenas serviços materno-infantis. Hoje conta com várias unidades. No primeiro andar do prédio funcionam a emergência geral, emergência da pediatria, triagem obstétrica e ambulatórios (gineco/obstetrícia; neurologia; proctologia; neonatologia; clínica médica; gastroenterologia; urologia; buco-maxilo; geriatria; cardiologia; oftalmológico; ortopédico).

No segundo andar funciona o Instituto de Cardiologia, que ocupa as dependências do prédio desde novembro de 1987, porém, com independência administrativa. No terceiro andar funciona a clínica médica (setor A e B) e o instituto de cardiologia (setor C), no quarto andar a maternidade, ginecologia e obstetrícia. E no quinto funciona a clínica cirúrgica (setor B) e a ortopedia (setor A).

De acordo com dados estatísticos de 2010, o HRSJ conta com;

- 277 leitos (incluindo UTI neonatal, UTI geral e emergência);
- 76 leitos de internação domiciliar;
- 939 internações;
- 623 cirurgias;
- 256 partos;
- 4.270 consultas em ambulatórios;
- 18.459 atendimentos de emergência;
- 6.539 exames radiológicos;
- 14.839 exames laboratoriais.

1.3 O Serviço Social no HRSJ

O Serviço Social do HRSJ foi implementado no mesmo ano de sua inauguração pela Assistente Social Carmem Regina da Silva. Em agosto de 1987, ingressaram no hospital mais

cinco Assistentes Sociais concursadas. Atualmente, o hospital conta com quatro profissionais de Serviço Social que se dividem entre os setores do hospital.

Com o novo conceito de saúde, impulsiona-se a prática profissional para uma ação de consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, “principalmente a universalidade de acesso, a integralidade de assistência, a divulgação de informações, o direito à informação, a descentralização político-administrativa e a participação da comunidade”. (CORREIA, 2005 p. 238)

A ação profissional do Serviço Social do hospital seguiu este movimento respaldado pelo projeto ético-político da profissão que se sustenta no Código de Ética e na Lei de 1993, que regulamenta a profissão, e nas Diretrizes Curriculares aprovadas em 1996.

Há, portanto, um comprometimento ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo na prática dos profissionais de Serviço Social, articulado e sintonizado com os interesses dos trabalhadores e usuários do SUS, facilitando acesso e participação de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde sem submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelo governo, que descaracterizam a proposta original do SUS de direito.

Bravo e Matos (2004) atribuem a expansão da saúde como campo de trabalho do Assistente Social à adoção do conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), por focalizar aspectos biopsicossociais e enfatizar o trabalho multidisciplinar. Isto possibilita suprir a falta de profissionais em diversos níveis de atenção, além de ampliar a abordagem em saúde através da inclusão de conteúdos educativos e voltados para a prevenção.

- **Objetivos do Serviço Social**

O objetivo do Serviço Social no Hospital Regional de São José é buscar melhorar o atendimento em uma instituição pública vinculada ao SUS, socializando informações disponíveis no âmbito institucional e informações em saúde para obtenção de benefícios sociais tais como DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre), auxílio doença, aposentadoria, BPC entre outros, possibilitando o acesso e participação dos usuários.

- **Atribuições do Assistente Social**

As atribuições do profissional de Serviço Social no HRSJHGM foram elaboradas considerando a Lei 8.662 de 07/06/1993, que regulamenta a profissão, e a Lei 8.080, que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), e seguem abaixo:

- Elaborar, coordenar, executar e avaliar programas e projetos que atendam as demandas dos usuários do HRSJHMG, observando a política estabelecida pela direção do hospital;
- Prestar orientação aos usuários (pacientes e familiares), quanto às rotinas hospitalares, direitos sociais, direitos previdenciários, entre outros;
- Participar da equipe multidisciplinar na assistência ao paciente, visando reforçar a dimensão social do atendimento para a melhoria da qualidade de vida do usuário;
- Realizar entrevista, estudo sócio-econômico, junto aos usuários, com vistas ao atendimento de suas necessidades;
- Desenvolver ações com o objetivo de garantir o direito aos usuários, resguardando sua dignidade pessoal, sua individualidade, enfim o respeito que lhe é devido;
- Emitir parecer técnico na utilização de recursos na área social, no âmbito do hospital;
- Prestar assistência (medicamentos, auxílio transporte, etc.) conforme a disponibilidade de recursos do Serviço Social do HRSJHMG;
- Estimular a organização e articulação de grupos de pacientes com patologias específicas para conquista do atendimento de suas necessidades;
- Incentivar a participação da família e do paciente no seu tratamento;
- Localizar familiares de pacientes quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares a usuários e/ou familiares, conforme a necessidade do caso social;
- Registrar no prontuário o atendimento realizado, conforme procedimento estabelecido pelo serviço;
- Notificar frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência à criança, ao adolescente, ao idoso, e ao deficiente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências tomadas;
- Tomar as medidas cabíveis junto às autoridades competentes, nos casos de adoção;
- Proporcionar apoio emocional aos familiares, prestando orientação quanto aos procedimentos decorrentes do óbito;
- Efetuar análise das situações que requerem autorização para as visitas fora do horário estabelecido, e de pessoas cuja visita não é permitida (Ex. crianças);
- Identificar recursos existentes nos órgãos comunitários (ONGs) e governamentais (OGs) para encaminhamento do usuário;

- Intensificar os canais de comunicação com as Secretarias Municipais de Saúde, Hospitais e Policlínicas do Estado, com vistas a garantir o atendimento de referência e contra-referência, objetivando que os atendimentos ocorram conforme a proposta de hierarquização do SUS;
 - Prestar orientação/informação sobre atendimentos do SUS, no que se refere aos seus princípios;
 - Identificar os usuários do hospital, objetivando a implementação de programas específicos, subsidiando assim as ações profissionais;
 - Assessorar a direção geral e gerência técnica nos aspectos relacionados à área social;
 - Propor e supervisionar estágios de alunos de Serviço Social;
 - Desenvolver estudos/pesquisas científicas na área de sua competência;
 - Estabelecer parcerias com os programas desenvolvidos no hospital, procurando desenvolver ações de cunho preventivo;
 - Participar dos conselhos de política e de direitos visando o controle das políticas sociais;
 - Promover e participar de eventos científicos na área da saúde, visando à socialização do conhecimento;
 - Elaborar relatórios e estudos referentes à intervenção do Serviço Social.
- **Práticas desenvolvidas e instrumentos técnicos mais utilizados na ação profissional**

O assistente social, em sua prática diária no Hospital Regional de São José, tem como rotina:

- Acompanhamento Sistemático nas Unidades de Internação e Atendimento de Plantão;
- Proteger – UTI Neonatal;
- Programa de Internação Domiciliar;
- Orientação no Óbito;
- Orientação acerca do Seguro de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de via Terrestre (DPVAT) e Direitos Sociais e Previdenciários;
- Serviço Social na emergência.

Os instrumentos utilizados pelo Assistente Social nessas dinâmicas de trabalho são:

Observação da realidade – “a observação no Serviço Social sempre teve como foco a realidade”. Para tanto, é necessário que o profissional tenha uma atitude técnica e neutra. É necessário observar tudo que for preciso para compreensão do problema, procurando enxergar as coisas como elas realmente são (SARMENTO 2005, p.23).

Entrevista - é uma forma que o Assistente Social tem de conhecer a realidade do usuário e de seus familiares e suas demandas. Além disso, possibilita uma relação educativa através do empoderamento dos usuários na busca e divulgação dos direitos sociais (saúde, assistência e previdência social)

Documentação - as Assistentes Sociais do Hospital Regional elaboram os relatórios, estudos sócio-econômicos e apontamentos em diários de campo para registros, com o objetivo de demonstrar o quantitativo de atendimentos e encaminhamentos do Serviço Social para o setor de contas do hospital.

Reunião – caracterizam-se em espaços coletivos de discussões, trocas de informações, experiências acerca do trabalho profissional realizado. As reuniões eram realizadas mensalmente com todas as assistentes sociais que atuam no Hospital.

Registro das atividades – o registro das atividades realizadas pelos profissionais da área de Serviço Social do Hospital Regional de São José não é realizado de forma coletiva. Cada profissional escolhe uma forma de registro de suas atividades (diários de campo ou registro em alguns casos no prontuário do paciente, anotações em cadastros sócio-econômicos, relatórios digitalizados). Há, no entanto, uma forma de registro mensal que não tem como objetivo mostrar cada atendimento com observações e pareceres do assistente social, mas sim demonstrar o quantitativo dos atendimentos.

Há também discussões profissionais que ocorrem na prática diária, estudo de casos fundamentados pela teoria crítica, e reuniões semestrais.

Não obstante, é importante lembrar, que a inserção do profissional em Serviço Social, na área saúde, inicia com a ação pioneira do Serviço Social no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1943, denominado Serviço Social Médico. São integradas à ação profissional na área da saúde, a racionalidade técnica e os novos conhecimentos do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade, influenciados pelos assistentes sociais norte-americanos.

Mesmo com o Movimento Sanitário e a emergência de outras direções teórico-metodológicas, a profissão continuou norteada por uma prática modernizadora dando ênfase às técnicas de intervenção, à burocratização das atividades, à psicologização das relações sociais e à concessão de benefícios.

A histórica inserção nessa Política teve sua importância, mas na atualidade seu trabalho vem recebendo maior destaque devido à atuação permanente, em especial, junto aos Conselhos de Saúde. Esse fato demonstra maior engajamento e compromisso com o caráter universalista democrático, concepções constantes na seguridade social, oriundos de discussões que culminaram na Carta Magna, em 1988, e regem os princípios do SUS.

No capítulo que segue, serão descritos os benefícios sociais e previdenciários, que fazem parte das políticas sociais, e que são utilizados no trabalho desenvolvido pelo profissional de Serviço Social no HRSJ, alguns mais solicitados em decorrência da situação em que se encontram os pacientes/usuários e seus familiares.

2 BENEFÍCIOS CONTRIBUTIVOS E NÃO CONTRIBUTIVOS ACESSADOS NO HRSJ

Neste capítulo buscamos apresentar brevemente os benefícios sociais previdenciários, também aqueles nos quais a contribuição não é necessária, porém há outras exigências para o acesso. Assim, procuramos evidenciar os mais utilizados na prática do profissional em Serviço Social, no Hospital Regional de São José, tais como: seguro DEPVAT, auxílio doença, auxílio funeral, aposentadoria.

2.1 Benefícios Sociais não contributivos

A Constituição Federal de 1988, além de definir formas de participação popular, foi estabelecida para vivermos em liberdade e justiça. Com ela, obtiveram-se várias conquistas, reorganizando a agenda social brasileira. Posicionou-se o cidadão no centro desse processo, como sujeito de direitos. Além disso, a participação e a descentralização tornaram-se condição de diretrizes para a organização das políticas públicas.

Nesse contexto, a Assistência Social passa a integrar a seguridade social do País, junto com a Saúde e a Previdência Social. Isso significa que a Assistência Social ganha um caráter de política de proteção social articulada a outras políticas. Tal caracterização se distancia, então, da idéia inicial de Assistência Social compreendida dentro de um paradigma de bem-estar, norteadas pela Igreja, como afirma Nesi (2007, p. 14)

Os programas assistenciais funcionavam, na sua maioria das vezes, em mosteiros e conventos, no entanto, não eram suficientes para atender a demanda dos serviços, por este motivo, foram criadas congregações religiosas destinadas à Assistência Social. Com o surgimento das congregações, abriram-se portas para que instituições privadas, que se interessavam pela causa, também ganhassem o seu espaço. Contudo, a prática realizada por estas instituições, estava baseada na troca de caridade, alimentando o assistencialismo.

Enfatizando, essa caridade buscava regular a ordem social e não estabelecer condições de fato dignas de sobrevivência para a população, que viesse a conceituar a cidadania, já que o Estado reparava somente as necessidades pontuais e emergenciais, e não possuía uma postura responsável frente às crises sociais. A Assistência Social, por sua vez, não era reconhecida como direito.

Com o reconhecimento da Assistência Social como política de proteção social, os direitos sociais deixaram de estar restritos exclusivamente ao setor do trabalho urbano-

industrial, de viés seletivo, que fundamentava as primeiras propostas de políticas sociais.

Todavia, cabe salientar que, na prática, nem sempre a Assistência Social se desata de vieses clientelistas e paternalistas. Entretanto, vale enfatizar que, no sentido de Política de Seguridade Social, a Assistência Social, conforme Boschetti (2003) passa a ser reconhecida no Brasil, sendo parte de um sistema de proteção social amplo. Ou seja, se difunde obrigatoriamente com as demais políticas, sendo fator condicionante, ao mesmo tempo em que é também condicionada.

Nessa perspectiva, a Assistência Social precisava de uma legislação singular, que a efetivasse em todos os sentidos como Política Pública. Desse modo, no ano de 1993, por meio da implantação da LOAS, a Assistência Social ganhou de vez um regimento transformador, com traços que vislumbravam um desempenho além do caráter emergencial a que se destinava até então.

Assim, a LOAS sugere um conjunto integrado de ações entre o Estado e a Sociedade Civil, a fim de assegurar proteção social, trazendo padrões de cidadania àqueles que estavam excluídos, tanto de proteção quanto de participação democrática.

O Estado para as Políticas Públicas apresenta-se como gerenciador dos planos, programas e projetos assistenciais, orientações e aplicações dos recursos, intervindo no cotidiano da sociedade, como forma de manter seu controle, sua hegemonia, implantando critérios no atendimento da assistência, previdência e outros serviços. De acordo com FALEIROS, as Políticas Sociais “realizam não só uma valorização do capital, mas interferem diretamente na valorização e na validação da força de trabalho como mercadoria especial produtora da mais-valia” (1986, p. 63).

Estes Benefícios Sociais se diferenciam dos previdenciários, pois para acessá-los não é necessário o caráter de segurado. Assim, a Constituição Federal de 1988 abre caminho para pessoas que não têm condições de contribuir, mas que devem ser atendidas. Dentre os benefícios, temos:

- **Seguro DPVAT**, indeniza vítimas de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, que têm motor próprio (automotores) e que circulam por terra ou por asfalto (vias terrestres). Foi criado pela Lei 6.194/74, que determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o referido seguro. Por ser um seguro destinado exclusivamente a danos pessoais, não prevê cobertura de danos materiais causados por colisão, roubo ou furto de veículos e os acidentes ocorridos fora do território nacional. Os veículos estrangeiros em circulação no Brasil estão sujeitos à contratação de um seguro específico para este fim, entre eles

o seguro Carta Verde, para automóveis matriculados no país de origem em viagem internacional no âmbito do Mercosul (Brasil, Argentina, Uruguai, Paraguai, Venezuela). Em caso de acidente, as situações indenizadas são morte ou invalidez permanente e, sob a forma de reembolso, despesas comprovadas com atendimento médico-hospitalar. A própria pessoa pode dar entrada no benefício, que é gratuito e não exige a contratação de intermediários. Basta juntar a documentação necessária, e levar ao posto de atendimento mais próximo. Situações cobertas pelo seguro: morte de motoristas, passageiros ou pedestres, provocadas por veículos automotores de via terrestre ou cargas transportadas por esses veículos, em atropelamentos, colisões e outros tipos de acidentes. E invalidez permanente total ou parcial¹, decorrente de acidente envolvendo veículos automotores de via terrestre ou cargas transportadas por esses veículos.

- **Auxílio funeral**, benefício concedido ao cônjuge, companheiro ou companheira ou, na sua falta, à pessoa que provar ter feito despesas em virtude do falecimento de funcionário ativo. Já o Auxílio Funeral, ainda de acordo com Pereira, Nasser e Campos (2002, p.119), “garantia a quem custeasse o funeral do segurado a indenização das despesas comprovadamente feitas, até o valor do salário mínimo vigente na localidade onde se deu o enterro”, como preconiza o Art. 38 do referido Decreto.
- **O Benefício de Prestação Continuada (BPC)** é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 (secenta e cinco) anos ou mais e que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho. Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa, a família, cuja renda mensal per capita seja inferior a ¼ do salário mínimo. O Benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro, salvo o da assistência médica. Caracteriza-se como um benefício individual, não vitalício e intransferível, que integra a Proteção Social Básica. A agência do INSS é o órgão responsável pelo recebimento do requerimento e pelo reconhecimento do direito ao BPC.

¹Entende-se por invalidez permanente, total ou parcial, a perda ou redução, em caráter definitivo, das funções de um membro ou órgão, em decorrência de acidente provocado por veículo automotor.

2.2 Benefícios Sociais Previdenciários

A Previdência Social é o seguro social fornecido à pessoa que contribui à Instituição Pública denominada Ministério da Previdência Social, e tem como objetivo reconhecer e conceder direitos aos seus segurados.

Os segurados, ou seguradas, são todos os cidadãos e cidadãs, a partir de 16 anos de idade, que mensalmente contribuem para a Previdência Social, e têm direito aos benefícios e serviços oferecidos pelo INSS (Ministério da Previdência Social, 2011).

No Brasil, a Previdência Social tem por finalidade garantir e proteger os trabalhadores em momentos em que, temporária ou permanentemente, perdem a capacidade de trabalho, devido à ocorrência de fatores como doença, acidente, reclusão, maternidade, idade avançada, invalidez parcial ou total e morte.

A lei considera contribuintes obrigatórios os trabalhadores urbanos ou rurais que exerçam atividades remuneradas, entre os quais estão empregados, empregados domésticos, trabalhadores avulsos, contribuintes individuais (autônomos ou empresários) e segurados especiais (trabalhadores rurais, pescadores, índios). Os contribuintes facultativos são pessoas maiores de 16 anos de idade, que contribuem com o Regime Geral de Previdência Social (RGPS), desde que não exerçam atividades remuneradas que os enquadrem como segurados obrigatórios. São donas de casa, estudantes, estagiários, desempregados e síndicos não remunerados (Ministério de Previdência e Assistência Social -MPAS (2008).

No Brasil, pelo RGPS, existem quatro tipos de aposentadoria: por invalidez; por tempo de contribuição; especial; e por idade, bem como outros benefícios como auxílio-doença, auxílio reclusão, auxílio-acidente, pensão por morte, salário-maternidade salário-família.

É importante salientar que, para concessão ou não do auxílio-doença, auxílio-acidente e a aposentadoria por invalidez, é necessária a perícia médica. A avaliação médica-pericial é realizada por um médico perito, que avalia a situação, levando em consideração a doença e o tipo de atividade exercida pelo segurado.

Caso a avaliação, realizada pelo médico perito, concluir que o segurado não está incapaz, não significa que a pessoa não esteja doente, mas ele está afirmando que naquele determinado momento, o segurado não demonstrou incapacidade para realizar as atividades declaradas (PREVIDÊNCIA SOCIAL,2011).

A seguir será feito um breve esboço de cada um desses benefícios.

- **A aposentadoria por invalidez** é concedida aos trabalhadores que, por doença ou acidente, forem considerados, pela perícia médica da previdência, incapacitados para o

exercício de suas atividades ou outros serviços que lhes garantam o sustento. Para ter direito à aposentadoria, o segurado deverá comprovar o mínimo de 12 contribuições, sem perda da qualidade de segurado, anterior à data do início da incapacidade. Para o segurado especial (trabalhador rural que exerce atividade em regime de economia familiar), a comprovação necessária é de que trabalhou em atividade rural, nos últimos 12 meses, ou se for isento de carência, deverá a atividade anteceder ao fato gerador de benefício.

- **A aposentadoria por idade** é concedida aos trabalhadores que comprovarem um tempo de contribuição exigida, assim como idade mínima. Para os trabalhadores urbanos homens, 65 anos e, para as mulheres, a partir dos 60 anos; para os trabalhadores rurais homens, 60 anos e, para as mulheres, 55 anos.
- **A aposentadoria por tempo de contribuição** pode ser “integral” ou “proporcional”: na primeira, há exigência mínima de tempo de contribuição dos trabalhadores (homens 35 anos e mulheres, 30 anos). Na segunda, o trabalhador deverá combinar tempo de contribuição e idade mínima. Para os homens, 53 anos de idade e 30 anos de contribuição; para as mulheres, 48 anos de idade e 25 de contribuição.
- **A aposentadoria especial** é concedida ao segurado² que tenha trabalhado em condições prejudiciais à saúde ou à integridade física. Para ter este benefício, o segurado deverá comprovar o tempo de trabalho, bem como a efetiva exposição aos agentes considerados prejudiciais à sua saúde pelo período de 15, 20 ou 25 anos.
- **O auxílio-doença** é um benefício concedido ao segurado impedido de trabalhar por doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos. Para trabalhadores com carteira assinada, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador, exceto o doméstico, e a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. Para os demais segurados, inclusive o doméstico, a Previdência paga o auxílio desde o início da incapacidade e enquanto a mesma perdurar. Em ambos os casos, deverá ter ocorrido o requerimento do benefício. Para concessão de auxílio-doença, é necessária a comprovação da incapacidade em exame realizado pela perícia médica da Previdência Social. Para ter direito ao benefício, o trabalhador tem de contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses (carência). No caso de algumas doenças, não precisa cumprir o prazo mínimo de contribuição (ex. tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental entre outras). Se a pessoa já tiver doença ou lesão ao se filiar à Previdência

²Para ter direito aos benefícios da Previdência Social, o trabalhador precisa estar em dia com suas contribuições mensais, caso contrário, pode perder a qualidade de segurado.

Social, ela não tem direito ao benefício, a não ser quando a incapacidade resulta do agravamento da enfermidade.

- **O auxílio-reclusão** é concedido para dependentes do segurado recolhido à prisão, durante o período em que estiver preso sob regime fechado ou semi-aberto. Não cabe concessão de auxílio-reclusão aos dependentes do segurado que estiver em livramento condicional ou cumprindo pena em regime aberto. Para esse auxílio não é exigido tempo mínimo de contribuição. Há três grupos de dependentes: cônjuge, companheiro(a), filho não emancipado menor de 21 anos ou filho inválido de qualquer idade, pais e irmãos não emancipados de qualquer condição, menor de 21 anos de idade, ou inválido de qualquer atividade.
- **O auxílio-acidente** é um benefício pago ao trabalhador que sofre um acidente e fica com seqüelas que reduzem sua capacidade de trabalho. É concedido para segurados que recebiam auxílio-doença. Têm direito ao auxílio-acidente o trabalhador empregado, o trabalhador avulso e o segurado especial. O empregado doméstico, o contribuinte individual e o facultativo não recebem o benefício. O auxílio-acidente, por ter caráter de indenização, pode ser acumulado com outros benefícios pagos pela Previdência Social, exceto aposentadoria. O benefício deixa de ser pago quando o trabalhador se aposenta. Corresponde a 50% do salário de benefício que deu origem ao auxílio-doença corrigido até o mês anterior ao do início do auxílio-acidente.
- **A pensão por morte** é um benefício pago à família do trabalhador quando ele morre. Para esse benefício não há tempo mínimo de contribuição, mas é necessário que o óbito tenha ocorrido enquanto o trabalhador tinha qualidade de segurado. Se o óbito ocorrer após a perda da qualidade de segurado, os dependentes terão direito a pensão desde que o trabalhador tenha cumprido, até o dia da morte, os requisitos para obtenção de aposentadoria pela Previdência Social ou que fique reconhecido o direito à aposentadoria por invalidez, dentro do período de manutenção da qualidade do segurado, caso em que a incapacidade deverá ser verificada por meio de parecer da perícia médica do INSS com base em atestados ou relatórios médicos, exames complementares, prontuários ou documentos equivalentes.
- **A pensão especial aos portadores da Síndrome da Talidomida:** é garantido o direito à Pensão Especial (Espécie 56) aos portadores da Síndrome da Talidomida nascidos a partir de 1º de janeiro de 1957, data do início da comercialização da droga denominada Talidomida (Amida Nfálica do Ácido Glutâmico), inicialmente vendida

com os nomes comerciais de Sedin, Sedalis e Slip, de acordo com a Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982.

- **Salário-maternidade** é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto não criminoso, adoção ou guarda judicial para fins de adoção. Considera-se parto o nascimento ocorrido a partir da 23ª semana de gestação, inclusive em caso de natimorto.
- **Salário-família**, benefício pago aos segurados empregados, exceto os domésticos, e aos trabalhadores avulsos com salário mensal de até R\$ 862,60, para auxiliar no sustento dos filhos de até 14 anos de idade ou inválidos de qualquer idade. (Observação: São equiparados aos filhos os enteados e os tutelados, estes desde que não possuam bens suficientes para o próprio sustento, devendo a dependência econômica de ambos ser comprovada). Para a concessão do salário-família, a Previdência Social não exige tempo mínimo de contribuição.

O conhecimento acerca dos benefícios previdenciários e sociais faz parte da construção e transformação da realidade dos indivíduos. Dessa forma é imprescindível que o assistente social socialize esse conhecimento e as informações de forma objetiva, para que os resultados sejam os mais emancipatórios possíveis, ou seja, oferecer aos pacientes e familiares orientações sobre seus direitos é prática fundamental para a construção do protagonismo cidadão.

Na próxima seção será apresentada a forma de atuação, ou seja, a dinâmica de trabalho do assistente social, para a socialização dos direitos sociais acima citados, para que os sujeitos envolvidos (os pacientes do HRSJ e seus familiares), os acessem e se tornem protagonistas da efetivação de seus direitos.

3 O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DE SÃO JOSÉ E A EFETIVAÇÃO DE DIREITOS SOCIAIS

3.1 A dinâmica de trabalho do serviço social na orientação sobre direitos sociais

O Serviço Social ocupa uma posição significativa frente à demanda que busca orientações para suas necessidades básicas. Faz-se necessário que o profissional tenha conhecimento dos mecanismos para efetivação das políticas públicas e do modo de concretização, e quais são os meios de acesso às mesmas. Isso, para que sua prática não seja simples assistencialismo, mas um atendimento de caráter socioeducativo que vise a construção do conhecimento crítico do usuário quanto aos seus direitos sociais e políticos, tanto no que diga respeito às suas necessidades individuais quanto às coletivas.

A socialização das informações é uma das principais características das ações socioeducativas. Porém, é importante salientar que estas ações não se resumem ao repasse de informações sobre serviços e direitos: elas abrangem um processo mais amplo de reflexão com os envolvidos, no qual há uma responsabilização do profissional tanto pela informação prestada como pelo acompanhamento do processo como um todo, de modo que o usuário se perceba co-participe do processo de materialização de seus direitos (MIOTO, 2001).

Na continuação, descrevemos os procedimentos utilizados pelo assistente social no setor de cirurgia geral (onde foi realizado o estágio).

Antes de se deslocar ao setor do 5º B, o profissional de Serviço Social toma conhecimento do relatório da instituição, em que consta: o nome dos usuários/pacientes, idade, data de internação, número do prontuário e o médico responsável. Este relatório é conhecido internamente no hospital como “censo”.

De acordo com os Direitos do Paciente, garantidos pela Lei 13.324/05, em seu Artigo 2º:

“O paciente tem direito a ser identificado pelo nome e sobrenome, não devendo ser tratado pelo nome da doença ou do agravo à saúde, ou ainda de forma genérica ou quaisquer outras formas impróprias, desrespeitosas ou preconceituosas”.

A partir deste censo (que é atualizado toda vez que um paciente do hospital recebe alta, muda de setor ou é internado), planejam-se as visitas ao leito e o retorno às solicitações feitas nas visitas anteriores, por pacientes e familiares, ao Serviço Social.

Após esse primeiro contato, para conhecer o histórico do paciente, é que o profissional

se desloca até os quartos. Estes quartos são compostos por dois e três leitos, sem divisórias, com um banheiro, um televisor e uma janela grande do lado oposto à porta que dá acesso ao quarto. Ao identificar o leito do usuário/ paciente, a assistente social realiza uma série de perguntas para levantar dados complementares, que não se encontram no prontuário e são necessários para realização do estudo sócio-econômico.

A partir destes dados levantados na entrevista, a assistente social identifica quais são as demandas do usuário e de seus familiares, quais são seus direitos previdenciários, sociais, e realiza esclarecimentos sobre o direito ao seguro DPVAT para os pacientes acidentados, e sobre o uso da rede de atendimento do posto de saúde, e o cartão do SUS, que é necessário para o paciente retornar ao ambulatório do hospital durante as consultas pós alta.

Às vezes, este é o primeiro contato que o paciente e seus familiares têm com informações referentes aos seus direitos. Tal contato é realizado de forma clara e objetiva, tentando despertar este sujeito para a luta por seus direitos.

Conforme a Lei 8213/91, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, em seu artigo 88, compete ao Serviço Social:

esclarecer junto aos beneficiários seus direitos sociais e os meios de exercê-los e estabelecer conjuntamente com eles o processo de solução dos problemas que emergirem da sua relação com a Previdência Social, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade.

Durante a conversa, que dura em média 10 minutos, e após os esclarecimentos, a assistente social deixa um informativo que contém todos os passos e documentos necessários para que o usuário entre com o processo para receber o seguro DPVAT, entre outros benefícios, também os previdenciários correspondentes a cada situação identificada. Além disso, é feito o agendamento para a perícia médica do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), para que o segurado entre com o processo de auxílio doença na Previdência Social se for o caso. Disponibiliza também telefone e localização do Serviço Social do hospital, para posteriores atendimentos que se fizerem necessários.

É necessário ressaltar a importância de trabalhar a informação enquanto direito do usuário, pois o mesmo geralmente não se percebe como cidadão de direitos, dificultando assim, o enfrentamento dos seus problemas no dia-a-dia, conforme COSTA:

Educação e informação em saúde são atividades que consistem em orientações e abordagem individuais ou coletivas, grupais, ao usuário, família e comunidade, para estabelecer, informar e buscar soluções a cerca de problemáticas que envolvem a colaboração destas na resolução do problema de saúde individual e coletiva (2000, p.45).

Quando o profissional elabora as entrevistas e esclarece sobre os direitos do paciente internado e dos seus familiares, ao “encaminhar providências e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população” e “realizar estudos sócio econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais”, cumpre com o Art. 4º, que trata sobre as competências do Assistente Social, da Lei 8662/93, que regulamenta a profissão.

Para Mioto (2001), ações sócio-educativas, estão orientadas para criar uma consciência reflexiva que oportuniza aos usuários uma compreensão mais crítica e efetiva da sociedade onde vivem, dos direitos que possuem nesta sociedade, e das possibilidades de coletivização destes direitos. Orientam-se para a democratização de informações acerca dos direitos sociais, buscando fortalecer a autonomia no usuário.

Pode-se constatar nessas experiências realizadas junto aos pacientes e seus familiares, como eles não conhecem seus direitos, e por outro lado como um trabalho de orientação por parte do profissional do Serviço Social é essencial para que se sintam também cidadãos. É a partir dessas práticas (informação + ação) que passa a haver possibilidade do protagonismo do sujeito na busca e concretização de seus direitos. Uma parcela razoável dos pacientes que dão entrada no HRSJ, já foram internados em outros hospitais, ou são filiados a sindicatos, e ficam surpresos quando informados dos seus direitos, pois não tiveram estas informações anteriormente. Através da orientação, quando informados que são cidadãos de direitos, o usuário procura participar.

Na ação profissional, observa-se o empenho e dedicação do assistente social em consolidar o que lhe compete enquanto profissional comprometido eticamente com o usuário de uma política de saúde que é palco de disputas de projetos políticos antagônicos (o projeto da reforma sanitária versus o projeto privatista).

A partir do momento em que esta população começa a ser informada sobre os benefícios, e sobre seus direitos, e os caminhos para acessá-los, se abre a possibilidade de que a insegurança comece a diminuir.

Destarte, é relevante que o Assistente Social conheça não somente o funcionamento da organização e a prestação de serviços em que trabalha, como também a lógica do sistema de saúde, suas redes de serviços, sua dinâmica, sua capacidade e sua demanda.

Vasconcelos (2002) afirma que:

Se por um lado, a atenção prestada pelos Assistentes Sociais, em grande parte, permite aos usuários sentirem-se respeitados, contando no interior das instituições como um lugar para aliviar suas tensões,

em longo prazo estas ações, como um fim em si mesmo, acabam por contribuir para que os mesmos sejam impedidos de utilizar estes espaços na sua mobilização, organização e acesso a informações necessárias para preservar, ampliar e realizar seus direitos(p.131).

Na situação de vulnerabilidade em que se encontram o paciente e seus familiares, o acesso aos benefícios sociais é um suporte para enfrentar as condições de fragilidade que a doença e a impossibilidade de trabalhar proporcionam.

3.2 As ações sócio-educativas como estratégia de trabalho do profissional em Serviço Social

A partir do que foi colocado até o momento em relação à atuação do assistente social, e a importância do conhecimento e repasse das informações sobre as políticas sociais para auxiliar os que necessitam em algum imprevisto de suas vidas, revisitaremos brevemente o tema das ações sócio-educativas, já mencionadas no decorrer do presente trabalho.

Historicamente, o caráter educativo da ação profissional e o entendimento de que todo Assistente Social é um educador, tem correspondência com o momento em que as atenções do Estado brasileiro se voltam para a educação enquanto capacitação para o trabalho assalariado.

O caráter educativo da intervenção profissional dos Assistentes Sociais pode ser revestido tanto por tendências conservadoras advindas do paradigma do “consenso/coerção”, como por tendências pautadas no pensamento crítico-dialético orientadoras do atual projeto ético-político (IAMAMOTO, 1997). Assim, as mudanças engendradas pela ação de natureza educativa tanto podem assumir um caráter de enquadramento disciplinador destinado a moralizar e adaptar o usuário em sua inserção institucional e na sua vida sócio-político-cultural, como podem estar direcionadas ao fortalecimento dos projetos e reivindicações dos sujeitos, contribuindo para novas formas de relações sociais, para a apreensão crítica dos valores ético-políticos, dos modos de pensar e agir que condicionam os sujeitos no capitalismo através da defesa dos direitos, da justiça, da liberdade, da autonomia e da democracia (YAZBEK, 1999; CARDOSO; MACIEL, 2000).

Pinto (1998) corrobora nesse sentido ao dizer que, no contexto da intervenção profissional, a ação sócio-educativa tanto pode ter um sentido progressista quanto conservador, sendo que esse sentido lhe é conferido pela prática política dos sujeitos. Para Brandão (1982), a educação é capaz de conferir liberdade, podendo ser uma das maneiras que as pessoas criam para tornar comum como saber, como idéia, como crença, aquilo que é comunitário (bem, trabalho ou vida); mas é capaz ainda de produzir opressão, porque pode ser imposta por um sistema centralizado de poder que usa o saber e o controle sobre o saber como

armas que reforçam a desigualdade entre os homens, na divisão dos bens, do trabalho, dos direitos e dos símbolos.

Para Pinto (1984), a transformação empreendida pela “prática educativa” refere-se tanto à transformação do conteúdo da consciência, quanto à transformação da conduta relativa à transformação dos novos objetos apreendidos. Assim, o seu diferencial consiste tanto no objeto a ser transformado quanto na forma através da qual se adquirem novos conhecimentos.

Esse sentido de mudança e de adesão a novos valores, presente no caráter educativo de qualquer ação, também é destacado por Iamamoto (1983; 1997) ao abordar a intervenção profissional dos Assistentes Sociais. A autora afirma que, embora os serviços sociais sejam o suporte material, e as entidades sejam a base organizacional que condiciona e viabiliza a atuação profissional, esta atuação dispõe de características peculiares. Trata-se de uma ação global de cunho sócio-educativo ou socializadora, voltada para mudanças na maneira de ser, de sentir, de ver e agir dos indivíduos, que busca a adesão dos sujeitos; incide tanto sobre questões imediatas como sobre a visão de mundo dos clientes. O direcionamento dessa ação não é unívoco, embora na sua trajetória histórica, a profissão tenha se orientado predominantemente na perspectiva da integração à sociedade (IAMAMOTO, 1997, p. 103).

Nesse mesmo viés, a informação nos serviços de saúde é um importante instrumento técnico na prática profissional do Serviço Social, pois ao utilizar-se desta técnica, o profissional tem por objetivo levar conhecimento e esclarecimento das informações que dizem respeito à sua clientela, tanto ao nível de seus direitos institucionais quanto dos direitos constitucionais, partindo do conhecimento dos mesmos. Mas não podemos desconsiderar sua experiência de vida, seu padrão de comportamento, seus valores e suas crenças. Pois, segundo SILVA, é importante que:

o profissional de saúde relativize seu conhecimento na busca de uma melhor compreensão do indivíduo, da coletividade e da realidade na qual se emergem, pois é da mútua apropriação de tais conhecimentos que se torna possível uma intervenção consciente e eficaz nesta realidade (1990, p. 61).

No entanto, é importante que o profissional tenha a preocupação de como esta informação está sendo concebida pelo usuário, pois informar não significa apenas passar conhecimento, mas sim, interpretar, analisar e refletir dados que irão ser repassados aos usuários. Ou seja, filtrá-los, ajustá-los à sua realidade, através de uma linguagem acessível, de forma esclarecedora, para que os mesmos tenham melhor compreensão do que está sendo informado, conforme SARMENTO:

O instrumento informação implica em um domínio de conteúdo e significado, a cerca da própria informação, do conhecimento que se produz da comunicação, da linguagem da ideologia, das imagens mentais e representações (1994, p.272).

A informação como um instrumento potencializador de conhecimentos em qualquer situação que for utilizada “(...) precisa ser concebida como um instrumento que organiza e veicula informações do interesse da população e do assistente social” (SARMENTO 1994, p. 272).

Pois dentro da instituição, o assistente social é o mediador da prestação de serviços, entre a população alvo e a instituição. Sendo assim, é importante que o profissional tenha conhecimento teórico-prático acerca do que deverá ser informado e a quem direcionar sua ação, compreendendo-a como uma “(...) possibilidade de enfrentamento da cultura da desinformação” (IBIDEM, 1994, p. 273). A informação visa uma reflexão crítica da realidade, assim como da saúde, da família, e da comunidade, conforme BERTANI;

(...) saúde é sinônimo de luta pela sobrevivência, não entendida apenas como o esforço de cada indivíduo para ter vida, nem a labuta diária, mas aquela luta coletiva, direcionada para a melhoria das condições sociais das populações e conseqüente melhoria das condições sanitárias (1984, p.149).

Desta forma, faz-se necessário a socialização da informação com outros profissionais, seja no âmbito da instituição ou na sociedade, pois a participação do conhecimento rejeita sua fragmentação, um desencontro da mesma, levando o usuário a encontrar o meio mais adequado para solucionar seu problema, sua situação de vida, que interfere na relação saúde x doença.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho apresentado tivemos como objetivo discutir a importância da socialização da informação, na prática do assistente social do HRSJ, com vistas ao protagonismo dos usuários.

Evidenciou-se que trabalhar a questão da informação enquanto esclarecimento dos direitos sociais no Hospital Regional de São José envolve primeiramente conhecer as leis que asseguram tais direitos e ajustá-los à demanda desta instituição, e preocupar-se como a informação está sendo passada, para que a demanda do Serviço Social possa após o primeiro contato, buscar seus direitos. Assim como, faz-se necessário que as informações sejam socializadas entre os profissionais da instituição, facilitando o acesso às mesmas, permitindo um aprendizado mútuo entre equipe de saúde e usuários.

A saúde como direito de todos, garantido o atendimento universal e igualitário, são questões historicamente inéditas e traduzem o momento das transformações democráticas frente às necessidades coletivas de saúde, além de refletirem as pressões sociais pelas mudanças. A conquista da cidadania foi a máxima dos resultados alcançados pelo processo da Reforma Sanitária e a garantia do direito foi a condição principal para promovê-la.

Os processos educativos para a cidadania são inquestionavelmente meios de transformação social, que expandem os horizontes de compreensão da sociedade e que tem a médio e longo prazo efeitos multiplicadores dos princípios democráticos que sustentam a nossa convivência e organização sócio-política.

Destacamos que há um compromisso ético político, teórico-metodológico e técnico operativo em construção nesta ação profissional na busca de uma ação que esteja de acordo com um SUS universal, integral e participativo.

Portanto, entendemos que para os assistentes sociais do HRSJ superarem as limitações institucionais, para desenvolverem um trabalho informativo educativo, requer uma reflexão constante de sua prática interventiva. Porém, a experiência obtida como estagiário para o aprimoramento da prática profissional de Serviço Social, veio acrescentar de forma significativa para um agir profissional futuro, pois possibilitou realizar a relação teórica x prática.

Considerando as especificidades do processo de trabalho do Serviço Social no setor 5º B, tornou-se necessário um aprofundamento teórico acerca dos direitos sociais e previdenciários dos pacientes internados, a fim de que fossem prestadas todas as orientações necessárias, tanto para o paciente quanto para a família.

Contudo, possibilitar por meio da informação que os usuários acessem benefícios, compreendendo a importância do profissional de Serviço Social nessa relação, é fundamental para a construção do protagonismo. Para MARCO: “vendo-se e agindo como sujeito de sua própria história, trabalhadores/usuários constroem a cidadania (...)” (1997, p. 43).

Cabe ainda salientar, que o HRSJ, enquanto campo de estágio contribui muito para meu crescimento profissional, e requer que o profissional trabalhe suas competências expressas no projeto profissional, que compreende as seguintes dimensões: ético-política, demonstrando comprometimento com a defesa dos direitos sociais, humanos e de cidadania. Impulsionando práticas democráticas nas políticas e programas sociais e fortalecimento dos sujeitos envolvidos, com posicionamento ético. Teórico-metodológica, fazendo interpretação crítica do campo de trabalho, identificando a política social no âmbito da intervenção, contextualizando as demandas imediatas, fazendo análise de conjuntura e estabelecendo estratégias de ação viáveis. Competência técnico-operativa, mostrando competências para utilizar o instrumental como forma de impulsionar ações.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, E. S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F. e ALMEIDA, E. S. (orgs). **Gestão de serviços de saúde descentralização/municipalização do SUS**. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1995.

BERTANI, Iris Fenner. Serviço Social Hospitalar. In: Revista Serviço Social e Sociedade, n. 16. São Paulo:1984.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social no Brasil**: um direito entre originalidade e conservadorismo. 2. ed. Brasília, 2003.

BRASIL. **Decreto no 48.459-A**, de 19 de setembro de 1960, que regulamenta a Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS.

BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS**. Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Congresso Nacional. Brasília, 1993.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 2001.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília, 1993.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Brasília: Ministério da Saúde 1996.

BORBA, Julian. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. Em: **Revista Katálysis**. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. nº 1, Florianópolis: Editora da UFSC, 1997.

BRAVO, M.I.S.(Org). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo; Cortez, 2004.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PETRIS, Airton José; TURINI, Bárbara. Controle social em Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de e SOARES, Darli Antonio e CORDONI Jr., Luiz (Orgs.). Bases da Saúde Coletiva. Ed. Uel, 2001. p.93-109.

CHUPEL, Cláudia Priscila. **O ACOLHIMENTO EM SAÚDE PARA OS PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL**: uma reflexão baseada no princípio da integralidade e sua relevância junto aos processos sócio-assistenciais. 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em serviço social) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

COVRE, Maria de Lurdes Manzine. **O que é cidadania**. Coleção primeiros passos. São Paulo: Braziliense: 1991.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é Política Social**. São Paulo: Braziliense, 1996.

MARCO, Patrícia Souza de. Estado, Políticas Públicas e Participação pós constituição. In: **Caderno ABONG. Subsídios às conferências de Assistência Social**, outubro de 1997.

MENDES. Eugênio Vilaça. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança do Sistema Único de Saúde. 3 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

_____. **As políticas públicas de saúde no Brasil dos anos 80**: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (org) **Distrito Sanitário**: o processo de mudanças das práticas sanitárias do SUS. São Paulo: Hucitec - ABRASCO, 1995.

Ministério da Previdência Social - INSS. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/> . Acesso em 21 setembro 2011.

MINISTERIO DA SAÚDE. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/> Acesso em: 10 setembro 2011.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. (In) **Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. Alma Ata, URSS: OPS, 1978.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. e ALMEIDA FILHO, N. **Epistemologia e Saúde**. 5ª edição. São Paulo: MEDSI, 1999.

POLIGNANO, Marcus Vinicius. História das políticas públicas no Brasil: uma pequena revisão. 2001. Disponível em: <http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf>. Acesso em: 10 setembro 2011.

PREVIDÊNCIA SOCIAL. Disponível em <http://www.previdenciasocial.gov.br/>. Acesso em 05 nov. 2011.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. **Instrumentos e técnicas em Serviço Social**: elementos para uma rediscussão. São Paulo. PUC, 1994. Dissertação de Mestrado.

SILVA, Jaqueline Oliveira e Bordin, Ronaldo. Educação em Saúde. Porto Alegre: Ducam, 1990.

SENNA, Luiz Carlos Pires. **Relatório de estágio obrigatório**, 2011(mimeo).

TEIXEIRA, Sonia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reforma sanitária na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). Reforma sanitária. Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p.193-232.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e prática reflexiva. **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, nº 10. 1997.

_____. **A prática do Serviço Social**: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

APÊNDICE I

SEGURO DPVAT

O Setor de Serviço Social deste Hospital, busca orientar os pacientes e seus familiares sobre o direito e forma de acessar o SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE (DPVAT), pois é um benefício social, extensivo à todos os brasileiros envolvidos em acidentes de trânsito com veículos automotores.

DPVAT INDENIZAÇÃO

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR O DPVAT INDENIZAÇÃO:

- Boletim de Ocorrência e Guia para exame de IML (deverá ser feito na Delegacia de Polícia Civil próximo ao local onde ocorreu o acidente);
- Xerox do prontuário (solicitar ao escriturário do andar à data da alta ou pós alta no SAME);
- Resultados de exames realizados (Radiografia e outros – combinar com o médico quando poderão ser entregues);
- Após providenciar os documentos acima descritos ir ao IGP (setor IML) solicitar Laudo de IML.
- Quando o Laudo do IML estiver pronto, o cidadão deverá procurar uma seguradora (ver lista de seguradoras nas duas últimas páginas deste informativo).

DPVAT REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA SOLICITAR O DPVAT REEMBOLSO:

- Boletim de Ocorrência;
- Xerox da receita ou encaminhamento do profissional da área de saúde;
- Notas fiscais nominais.

Em posse destes documentos procurar uma seguradora listada em anexo a este informativo.

As informações apresentadas no informativo que segue foram extraídas da página oficial do DPVAT na Internet www.dpvatseguro.com.br

A Central de Atendimento DPVAT atende gratuitamente ligações de todo Brasil de 2ª a 6ª. Feira, no horário das 8h às 20h, e, aos sábados de 9h às 15h. **0800-0221 204**

O que é o Seguro DPVAT?

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei 6.194 de 19/12/1974, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso das despesas médicas. As indenizações do DPVAT são pagas independentemente de apuração de culpa, da identificação do veículo ou de outras apurações, desde que haja vítimas transportadas ou não.

Acidentes com mais de uma vítima

Não importa quantas vítimas o acidente provoque. O Seguro DPVAT indeniza todas, uma a uma individualmente. Não há limites de vítimas nem de valores de indenização para um mesmo acidente.

Acidentes com veículos não identificados

Mesmo que o motorista do veículo fuja do local do acidente e que ninguém anote a placa do veículo, a vítima tem direito à indenização do Seguro DPVAT.

Existe um prazo para fazer o pedido de indenização?

A partir do Novo Código Civil datado em 11/01/2003 o prazo para dar entrada no pedido de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT passou a ser de **3 anos**, a contar da data em que ocorreu o acidente. Há casos, porém, em que o prazo pode ser maior que 3 anos, o que dependerá do tempo decorrido entre a data do acidente e a data do Novo Código Civil.

A FENASEG mantém estrutura autônoma, dotada de pessoal especializado, instalações específicas e todos os recursos técnicos necessários à gestão do **Seguro Obrigatório DPVAT**. Mantém sob contrato permanente auditoria de campo, visando o combate à fraude.

COBERTURAS DO SEGURO DPVAT:

MORTE	R\$ 13.500,00
INVALIDEZ PERMANENTE	Até R\$ 13.500,00
DAMS (Despesas Médicas e Hospitalares)	Até R\$ 2.700,00

INDENIZAÇÃO POR MORTE

Situação coberta: morte de motoristas, passageiros ou pedestres provocada por veículos automotores de via terrestre ou cargas transportadas por esses veículos, em atropelamentos, colisões e outros tipos de acidentes.

Valor da indenização: o valor da indenização é de **R\$ 13.500,00 por vítima**

Beneficiários: são os herdeiros da vítima.

De acordo com a Lei 11.482/07, para acidentes ocorridos **a partir de 29.12.2006**, o valor da indenização é dividido simultaneamente, em cotas iguais, entre o cônjuge ou companheiro (50%) e os herdeiros (50%). Conforme a quantidade de herdeiros, a cota é fracionada em partes iguais. Se o acidente ocorreu **antes de 29.12.2006**, o cônjuge ou companheiro recebe primeiro a indenização e, na falta destes, os filhos ou, nesta ordem, os pais, avós, irmãos, tios ou sobrinhos.

INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE

Situação coberta: invalidez permanente total ou parcial decorrente de acidente envolvendo veículos automotores de via terrestre ou cargas transportadas por esses veículos.

Entende-se por INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL a perda ou redução, em caráter definitivo, das funções de um membro ou órgão, em decorrência de acidente provocado por veículo automotor. A impossibilidade de reabilitação deve ser atestada em laudo pericial.

Valor da indenização: o valor da indenização é de até **R\$ 13.500,00 por vítima**. Variando conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela do Seguro de Acidentes Pessoais.

Beneficiários: quem recebe a indenização por invalidez é a própria vítima do acidente.

REEMBOLSO PARA DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES (DAMS)

Situação coberta: reembolso de despesas médico-hospitalares pagas por pessoa física ou jurídica pelo tratamento de lesões provocadas por veículos automotores ou por cargas transportadas por esses veículos.

Valor do reembolso: o valor do reembolso é de até **R\$ 2.700,00** por vítima, variando conforme a soma das despesas cobertas e comprovadas, aplicando-se os limites definidos nas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

Beneficiários: o beneficiário em casos de DAMS é a própria vítima.

Beneficiários menores

Menor de 16 anos: a indenização será paga ao representante legal (pai/mãe) ou ao tutor.

Menor entre 16 e 18 anos: a indenização será paga ao menor desde que assistido por representante legal (pai/mãe) ou tutor. Em caso de tutor, é necessária a apresentação de Alvará Judicial

ANEXO A

Quem é segurado da Previdência Social

Todo cidadão maior de 16 anos que contribui mensalmente para a Previdência Social é chamado de segurado e tem direito aos benefícios e serviços oferecidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como a aposentadoria, a pensão por morte, o salário-maternidade para as mulheres, o auxílio-doença, entre outros benefícios.

Tipos de segurados

- **Empregados** – trabalhadores com carteira de trabalho assinada que prestam serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante recebimento de salário;
- **Empregados domésticos** – trabalhadores com carteira de trabalho assinada que prestam serviços na casa de outra pessoa ou família, desde que essa atividade não tenha fins lucrativos para o empregador, como governanta, jardineiro, caseiro, doméstico etc.;
- **Trabalhadores avulsos** – aqueles que prestam serviços a diversas empresas, sem vínculo de emprego, contratados por sindicatos ou órgãos gestores de mão-de-obra, como estivador, amarrador de embarcações, ensacador de cacau etc.;
- **Contribuintes individuais** – pessoas que trabalham por conta própria, como empresário, autônomo, comerciante, ambulante, feirante etc., sem vínculo de emprego;
- **Segurados especiais** – trabalhadores rurais e pescadores artesanais que produzem individualmente ou em regime de economia familiar, sem utilização de empregados;
- **Segurados facultativos** – pessoas que não têm renda própria, mas decidem contribuir para a Previdência Social como donas-de-casa, estudantes, síndicos de condomínios não-remunerados etc.

Como se tornar um segurado

- **Empregado** – basta estar trabalhando e ter a carteira de trabalho assinada;
- **Empregado doméstico** – além da carteira de trabalho assinada, deve comprovar o pagamento das contribuições;
- **Trabalhador avulso** – deve possuir cadastro e registro no sindicato ou órgão gestor de mão-de-obra;
- **Contribuinte individual** – deve, obrigatoriamente, se inscrever e pagar mensalmente as contribuições;
- **Segurado especial** – é necessário comprovar o exercício de atividade rural;
- **Segurado facultativo** – deve se inscrever e pagar mensalmente as contribuições.



Benefício

Aposentadoria por invalidez

Aposentadoria por idade

Aposentadoria por tempo de contribuição*

Auxílio-doença

Reabilitação profissional

Aposentadoria especial**

Auxílio-reclusão

Auxílio-acidente

Pensão por morte

Salário-maternidade

Salário-família

Quem tem direito

Todos os segurados.

Empregado, exceto o doméstico; trabalhador avulso e contribuinte individual quando cooperado filiado à cooperativa de trabalho ou de produção.

Dependentes do segurado cujo último salário seja igual ou inferior ao valor definido anualmente pelo Ministério da Previdência Social.

Empregado, exceto o doméstico; trabalhador avulso e segurado especial.

Dependentes do segurado.

Todas as seguradas.

Empregado, exceto o doméstico; trabalhador avulso; aposentado por invalidez; aposentado por idade (com renda menor ao valor definido anualmente pelo Ministério da Previdência Social), referente a cada filho menor de 14 anos ou inválido. Caso a mãe e o pai sejam segurados, ambos podem receber o benefício.



* O segurado especial só pode pedir aposentadoria por tempo de contribuição se tiver pago o INSS por escolha própria. O contribuinte individual que trabalha por conta própria, o segurado facultativo e o empresário ou sócio de empresa cuja receita do ano anterior seja de até R\$ 36.000,00 e que, a partir de abril de 2007, optaram pelo Plano Simplificado de Inclusão Previdenciária não têm direito à aposentadoria por tempo de contribuição.

** Para ter direito à aposentadoria especial, o trabalhador deverá comprovar, além do tempo de trabalho, efetiva exposição aos agentes físicos, químicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais pelo período exigido para a concessão do benefício.

O que é a perícia médica

A perícia médica é a avaliação necessária para conceder ou não o auxílio-doença (previdenciário ou acidentário), o auxílio-acidente e a aposentadoria por invalidez.

A avaliação médico-pericial é realizada pelo perito médico, que pode basear-se, também, em exames complementares e pareceres especializados que o segurado possuir. Por isso é recomendável que o segurado, sempre que comparecer à perícia, leve seus exames e documentos médicos.

No dia da realização da perícia o segurado pode levar informações detalhadas sobre as causas da incapacidade para o trabalho e o tratamento indicado, fornecidas pelo seu médico. As informações serão analisadas pelo perito médico, mas não determinarão, por si só, o resultado da perícia.

O perito médico avalia caso a caso. Muitas vezes, o problema de saúde que incapacita uma pessoa para o trabalho não incapacita outra. O perito médico avalia a situação, levando em consideração a doença e o tipo da atividade exercida pelo segurado.



A conclusão da perícia médica do benefício solicitado será feita com base na lei, na análise dos exames apresentados e no resultado da avaliação médico-pericial, e levará a um destes três caminhos:

- O segurado está incapaz para o trabalho e teve decisão pericial favorável para receber o auxílio-doença ou a aposentadoria por invalidez, nos casos mais graves, se atendidos os demais requisitos para a concessão do benefício;
- O segurado está apto para realizar outro tipo de trabalho que não o seu e será encaminhado para a reabilitação profissional;
- O segurado está capaz para realizar o seu trabalho e o parecer será contrário à concessão do benefício, ou seja, terá o pedido negado.

Caso o segurado não concorde com a conclusão da perícia médica, pode solicitar um Pedido de Reconsideração — PR. Um novo exame será realizado por outro perito médico do INSS.

No caso de auxílio-doença, a perícia determina a duração do benefício. O segurado que não se considerar em condições de retornar ao trabalho ao final da data determinada para tal poderá requerer um Pedido de Prorrogação — PP. Isso deve ser feito no prazo fixado pela Previdência Social. Nesse caso, o segurado será submetido à nova perícia médica.



Importante

Quando o perito médico, após a avaliação pericial, concluir que o segurado não está incapaz, ele não estará dizendo que a pessoa não está doente. Ele está afirmando que, naquele momento, o segurado não demonstrou incapacidade para realizar as atividades declaradas.

O papel do perito médico é comprovar a existência ou não da incapacidade para o trabalho. Ele não indica o tratamento e nem receita medicamentos. Esse procedimento é realizado pelo sistema de saúde, público ou privado.

O requerimento do auxílio-doença e o agendamento da perícia médica podem ser feitos pelo telefone 135 (ligação gratuita de telefones fixos) ou pela página da Previdência Social na internet (www.previdencia.gov.br).

O que é o auxílio-doença

O auxílio-doença é o benefício que todo segurado e segurada da Previdência Social têm direito a receber mensalmente quando forem considerados pela perícia médica do INSS incapacitados temporariamente para exercer suas atividades por motivo de doença ou acidente.

Quem tem direito

Todos os segurados têm direito ao auxílio-doença. Os primeiros 15 dias de afastamento do trabalhador empregado são pagos pelo empregador. Depois disso, se precisar continuar afastado, o segurado deve solicitar o auxílio-doença no INSS.

No caso do contribuinte individual (empresários, profissionais liberais, trabalhadores por conta própria, entre outros), o INSS paga todo o período de afastamento, a contar da data do início da incapacidade, desde que esta ocorra em até 30 dias antes da data da entrada do requerimento do benefício.

Não tem direito ao auxílio-doença quem, ao se filiar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade resultar do agravamento da enfermidade.

Esse benefício também pode ser pedido pela internet, no endereço www.previdencia.gov.br, ou pelo telefone 135.

Carência

Para ter direito ao auxílio-doença, o segurado deverá comprovar, no mínimo, 12 contribuições, sem perda da qualidade de segurado, anteriores à data do início da incapacidade.

Recupera-se a qualidade de segurado quando ou ele ou ela possuir no mínimo 1/3 da carência que, somada com as anteriores, totalize pelo menos 12 contribuições.

Se a incapacidade temporária for causada por acidente ou por doença que não exija carência prevista em lei, será concedido o benefício ao segurado, independentemente

do número de contribuições. O segurado especial (trabalhador rural que exerce a atividade em regime de economia familiar) deve comprovar que trabalhou em atividade rural nos últimos 12 meses ou,



no caso de benefício isento de carência, comprovar a respectiva atividade antes do fato gerador do benefício.

Documentação necessária

- Documento de identificação com fotografia;
- Número de Identificação do Trabalhador — NIT (PIS/PASEP) ou número de inscrição de contribuinte individual, empregado doméstico, facultativo ou segurado especial (trabalhador rural);
- Cadastro de Pessoa Física — CPF;
- Documentação médica, se possuir.

Documentação complementar

Empregado e trabalhador avulso:

- Requerimento de benefício por incapacidade;
- Comunicado da data do último dia trabalhado preenchido pela empresa;
- Informação da empresa ou certidão de nascimento dos filhos menores de 14 anos ou inválidos.

Trabalhador avulso:

- Certificado do sindicato de trabalhadores avulsos ou do órgão contratante de mão-de-obra.

Contribuinte individual:

- Registro de firma individual, contrato social e alterações contratuais ou atas das assembleias gerais.

Segurado especial (trabalhador rural em regime de economia familiar):

- Documentos de comprovação do exercício de atividade rural.

