

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E DE ASSISTÊNCIA DOS
PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS FÍSICAS**

*Aprovado em
27/11/97 pelo DSS*


Marly Venzon Tristão
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/URSC

ROSANA ROSA SILVEIRA

FLORIANÓPOLIS (SC), NOVEMBRO DE 1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A SITUAÇÃO PREVIDENCIÁRIA E DE ASSISTÊNCIA DOS
PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS FÍSICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Assistente Social, orientado pela Professora Mestre Inêz Pellizzaro.

ROSANA ROSA SILVEIRA

FLORIANÓPOLIS (SC), NOVEMBRO DE 1997.

“Você não obtém porcelana delicada colocando argila ao sol. Você tem que pôr a argila ao calor branco do forno se desejar fazer porcelana. O calor quebra algumas peças. A incapacidade quebra algumas pessoas. Porém uma vez a argila passe pelo fogo quente ao branco e saia inteira, ela nunca mais poderá ser argila outra vez; uma vez uma pessoa supere uma incapacidade através de sua própria coragem, determinação e trabalho duro, ela tem uma profundidade de espírito da qual você e eu pouco conhecemos”.

(KOTKE, 1984, p.694).

Ao meu filho Rodrigo;

Ao meu esposo;

À minha mãe e meu pai (in memoriam)

AGRADECIMENTOS

Aos meus irmãos Tânia, Aron e Daniel, que nos momentos mais difíceis sempre me acolheram com todo o amor e carinho.

À Inêz Pellizzaro, que contribuiu com idéias, críticas e estímulo para minha formação profissional.

Aos enfermeiros Eder, Ruvany e Mina, pela cooperação e amizade.

Ao Carlos, Elizete, Martina, Sandra Terezinha, Ivone, pelo respeito e amizade.

Em especial, à todos os pacientes da Unidade de Neuro-Traumatologia, que me proporcionaram crescer tanto profissionalmente como espiritualmente.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação profissional.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - A UNIDADE DE NEURO-TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS - HGCR	6
1.1 Breve Relato do HGCR e da Unidade de Neuro-Traumatologia	6
1.2 Traumatismo Raquimedular e suas Seqüelas Pós-Trauma	9
1.3 A Violência em suas Várias Configurações: uma Questão Social...	14
1.4 Atuação do Profissional do Serviço na Unidade de Neuro-Trauma- tologia	20
CAPÍTULO II - A SEGURIDADE SOCIAL E OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS FÍSICAS (TETRAPLÉGICOS)	26
2.1 A Assistência Social	26
2.2 A Previdência Social	33
2.3 A Saúde	40
CAPÍTULO III - A REALIDADE DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS FÍSICAS EM FLORIANÓPOLIS	47
3.1 Metodologia	47
3.2 Resultado da Pesquisa	49
CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
SUGESTÕES	66
ANEXOS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73

INTRODUÇÃO

Estamos no início de uma nova era, caracterizada por grande insegurança, crise permanente, agravamento da miséria, apartação social e pela violência generalizada. Nesse sentido,

“ (...) o Brasil mostra uma qualidade de vida pior à dos mais pobres países do mundo: violência sob todas as formas, mortalidade infantil, desnutrição, baixo nível de escolaridade, péssimas condições habitacionais, elevado grau de endividamento, aviltamento monetário, desarticulação social, corrupção, amplo processo de prostituição de todos os tipos, inclusive infantil, falta de solidariedade nacional, vandalismo, falta de confiança no futuro” (Buarque, 1991, p.17).

A despeito de tudo isso, nas últimas décadas, a sociedade brasileira vem vivenciando um complexo processo de modernização. Em síntese, o resultado do colapso da atual forma de modernidade foi a construção de uma das mais instáveis e violenta sociedade.

Nessa direção, a violência tem aumentado consideravelmente nos últimos tempos, repercutindo no modo de ser e na vida das pessoas. O aumento da população, do número de veículos circulando, deterioração da qualidade das rodovias, da exposição ao risco de acidentes do trabalho, bem como da violência na relação entre grupos sociais, tornam vulnerável o cotidiano das pessoas.

Segundo Paulo et al. (1985, p.519),

“No trânsito mundial em 1969, morreram 150 mil pessoas. Para cada óbito há 40 pessoas feridas, mais ou menos gravemente, estima-se um total aproximado de seis milhões de acidentados (OMS). Em 1976, houve 250 mil mortos em 10 milhões de acidentados. Admite-se que 10% dos leitos dos grandes hospitais são ocupados por vítimas de trânsito.”

Podemos constatar, diante do quadro acima, que esta é uma realidade presente nos dias de hoje, e o pior é que atingiu proporções acima do esperado. Segundo alguns estudiosos sobre o assunto, a violência no trânsito tem aumentado consideravelmente, elevando o número de vítimas fatais. É a época da morte violenta, injusta e sem consolo, ocorrendo em lugares, momentos e situações diferentes.

Porém, muitos desses acidentes, sejam de trânsito, de trabalho, ou de outras circunstâncias, tornam as vítimas portadoras de deficiências físicas, incapacitando-as para o trabalho. Muitas delas, com o impacto do traumatismo violento, podem deslocar alguma vértebra da coluna vertebral e atingir a medula espinhal. O resultado dessa lesão medular pode vir a causar uma paraplegia ou tetraplegia. “O indivíduo lesionado na medula espinhal sofre uma das lesões físicas e socialmente mais catastróficas” (Kotke, 1984, p.691)

atingindo drasticamente sua estrutura familiar, sua vida sócio-econômica e emocional.

Via de regra, o indivíduo ao se tornar portador da tetraplegia, sente na pele as mudanças radicais que ocorre na sua vida. O lado sócio-econômico é um dos mais comprometidos, pois passa a não ter o poder de consumo, de produção, é discriminado, excluído, apartado e, por decorrência, sofre as vulnerabilidades sociais.

A partir da Constituição de 1988, foi introduzida uma nova concepção de Seguridade Social, em que a saúde, previdência social e assistência social fazem parte do chamado tripé da seguridade.

A esse respeito, afirma Mota (1996, p.191),

“(...) A seguridade social, seja em sua origem, seja em seu desenvolvimento posterior, passou a abarcar um conjunto, diversificado de políticas sociais, identificadas como política de previdência, políticas de atenção a saúde e política de assistência social”.

Neste sentido, a seguridade social representa o compromisso entre o Estado e a sociedade civil, no sentido de assegurar uma ação conjunta de proteção social a todos os cidadãos, principalmente para aqueles impossibilitados de trabalhar e que necessitam de cobertura nas situações de riscos do trabalho, como doenças, acidentes, invalidez, entre outros.

A partir desta realidade, resolvemos elaborar o presente Trabalho de Conclusão de Curso - TCC - como resultado da nossa prática de estágio desenvolvida na Unidade de Neuro-Traumatologia do Hospital Governador Celso Ramos - HGCR - no período de 1996 a julho de 1997, como também da pesquisa realizada junto aos portadores de tetraplegia.

Durante a experiência vivenciada, decidimos identificar a situação dos portadores de deficiências físicas, especificamente o tetraplégico, com relação

à Seguridade Social, tendo em vista a problemática enfrentada pelo Serviço Social na Unidade de Neuro-Traumatologia quanto ao tratamento dispensado aos mesmos, durante e após a internação.

—▷ A ausência de propostas concretas de ação profissional do Serviço Social na Unidade e a não definição de prioridades na área social, acabou muitas vezes conduzindo sua atuação de uma forma empírica e com poucos resultados. /

Neste sentido, ir em busca de respostas teóricas, práticas e políticas, passa a ser um desafio e compromisso para a profissão. Desta forma estaremos contribuindo no processo de intervenção do Serviço Social, de forma a que consigamos efetivamente desempenhar ações mais conseqüentes e comprometidas com o projeto de ampliação da cidadania.

Para isto, faz-se necessário investigar a situação dos portadores de tetraplegia, no que se refere às suas condições de vida e em que medida lhes são assegurados os direitos sociais.

Diante deste desafio, decidimos formular um projeto de pesquisa, estabelecendo como objeto: A Situação Previdenciária e de Assistência dos Portadores de Tetraplegia. E como objetivos, estabelecemos:

- Constatar as políticas sociais referentes ao portador de tetraplegia;
- Identificar a situação sócio-econômica do portador de tetraplegia;
- Caracterizar o que a Previdência Social oferece de proteção ao portador de tetraplegia;
- Analisar o que a Assistência Social oferece de proteção ao portador de tetraplegia;
- Averiguar o papel do Sistema Único de Saúde - SUS frente ao portador de tetraplegia;
- Verificar as mudanças ocasionadas pela tetraplegia no contexto familiar.

O presente TCC encontra-se estruturado e apresentado em três capítulos, sendo que, no primeiro capítulo trataremos da história e da situação atual da Unidade de Neuro-Traumatologia do Hospital Governador Celso Ramos. Abordaremos também sobre o Traumatismo raquimedular e suas seqüelas pós-trauma, e o aprofundamento das causas dos acidentes que levam a esses traumatismos. Demonstraremos que no Brasil, os acidentes de trânsito, de trabalho, e a própria violência vem crescendo e mutilando milhares de pessoas. Finalmente, abordaremos a atuação do Profissional do Serviço Social nessa respectiva Unidade.

No segundo capítulo, trataremos da Seguridade Social que compreende a Assistência Social, a Previdência Social e a Saúde, as quais visam garantir um conjunto de condições e direitos, a todos que delas necessitarem.

Já no terceiro capítulo, demonstraremos a realidade dos portadores de deficiências físicas em Florianópolis, bem como resultado da pesquisa e descreveremos a metodologia aplicada para coleta de dados.

Por fim, apresentaremos nossas considerações finais sobre o tema proposto e sugestões como forma de contribuição ao Serviço Social na sua luta diária pela inclusão social de cidadãos, em situação de carência.

CAPÍTULO I

A UNIDADE DE NEURO-TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL GOVERNADOR CELSO RAMOS - HGCR

1.1 Breve Relato do HGCR e da Unidade de Neuro-Traumatologia

Em 1957, através de um estudo feito pelos dirigentes da Associação dos Servidores Públicos de Santa Catarina sobre a situação médico-hospitalar e social do Estado, foi constatado que, parte da população em geral e também os servidores e seus dependentes não eram beneficiados com serviços médicos. Conseqüentemente, verificou-se a necessidade de um Hospital com amplo atendimento médico, surgindo então, o Hospital Governador Celso Ramos (também chamado de Hospital dos Servidores).

Representou, na época de sua construção, um marco na medicina hospitalar do Sul do país. A obra foi inaugurada no dia seis de novembro de 1966, com uma área de 15 mil metros quadrados, onze pavimentos e capacidade para 200 leitos; foi idealizado pelo Governador da época e homenageado com o nome da Instituição. O Hospital teve por objetivo

proporcionar aos servidores públicos estaduais assistência ambulatorial e hospitalar.

O HGCR se destaca em seis setores: Ortopedia, Hematologia, Neurocirurgia, Oncologia, Urologia e Neurologia, sendo hoje centro de referência para todo Estado de Santa Catarina. Há 30 anos, o Hospital Governador Celso Ramos vem atendendo pacientes oriundos de todas as regiões catarinenses e também de outros estados. Ao longo deste período de existência, presta serviços indiscriminadamente a toda população que o procura e também atua como um centro de ensino e pesquisa. Pertence à Secretaria Estadual de Saúde.

A média de atendimentos diários na emergência corresponde, aproximadamente, a 130 pacientes, sendo realizadas em torno de 400 internações/mês. Já o ambulatório alcança uma média de 6.000 consultas/mês. Estima-se que entre 80 a 85% dos atendimentos no Hospital, sejam prestados pelo SUS e os demais são destinados aos convênios (IPESC, UNIMED, ELETROSUL etc.).

O Hospital oferece à comunidade um corpo clínico com 33 especialidades médicas, quais sejam: Anestesia, Angiologia, Buco-maxilo-facial, Cardiologia, Cirurgia da Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Emergência, Endocrinologia, Endoscopia Digestiva e Respiratória, Gastroenterologia, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Mastologia, Nefrologia, Neurologia, Neurocirurgia, Neuroradiologia, Oncologia, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Proctologia, Radiologia Geral, Reumatologia, Ultrassonografia, Urologia e UTI.

Entre os serviços médicos oferecidos à comunidade, encontram-se em processo de implantação, os seguintes: transplante de rim, transplante de

medula óssea, banco de ossos, central de captação de órgãos - TRANSCAP e residência médica em ortopedia.

É importante ressaltarmos o papel fundamental da Emergência na contextualização geral da Unidade de Neuro-Traumatologia, na qual vivenciamos nossa prática de estágio. É na emergência que o primeiro atendimento é realizado, ou seja, o primeiro contato do paciente com o Hospital. Normalmente os pacientes são locomovidos até o Hospital por intermédio do Corpo de Bombeiros, onde são atendidos pelo médico emergencista que, após consulta na sala de reanimação, solicita a presença do neurocirurgião para avaliação especializada, sendo que, conforme a necessidade, o paciente é internado na Unidade de Neuro-Traumatologia.

Quanto aos familiares dos pacientes internados, são encaminhados ao Serviço Social para a realização da entrevista, no intuito de se conhecer melhor a realidade do paciente, bem como, colher informações sobre alguns procedimentos necessários.

Através do depoimento de alguns profissionais da Unidade, foi possível construir a história de sua criação, que passaremos a descrevê-la.

A Unidade de Neuro-Traumatologia está localizada no 2º subsolo do HGCR e foi inaugurada no dia 25 de setembro de 1992, porém, seu funcionamento se deu em 1º de outubro de 1992. Sua especificidade difere das demais clínicas face às diferentes situações dos pacientes, em consequência das quais eles passam a ser portadores de seqüelas, muitas vezes irreversíveis.

A Unidade destina-se a receber pacientes que necessitam de assistência médica e de enfermagem contínua, em regime de internação. Tem por objetivo prestar assistência qualificada a seus pacientes, no atendimento às suas necessidades humanas, sociais e biológicas afetadas pela doença ou acidente.

Esta Unidade possui 50 leitos, dentre os quais 46 ativados, sendo subdividida por especialidades, como: Neurocirurgia, Ortopedia, Buco-maxilo-facial e Plástica masculina.

O corpo funcional da Unidade Neuro-Traumatologia é formado por: 7 enfermeiros, 3 escriturários, 22 técnicos e auxiliares de enfermagem, além de médicos, psicóloga e uma assistente social.

A Unidade, como já citado anteriormente, é referência no Estado, recebendo pacientes neurocirúrgicos e politraumatizados.

Paulo et al. (1985, p.521) definem que:

“Politraumatizado é um trauma violento em que se observam múltiplas lesões, feridas, contusões, fraturas e lesões viscerais”.

De acordo com Nasi (1994, p.136):

“É fundamental considerar que, de cada 100 pacientes politraumatizados graves, 50% morrem no local do acidente e 20% morrem nos hospitais”.

Geralmente, as lesões dos pacientes politraumatizados são evolutivas e, com freqüência, surgem complicações múltiplas.

1.2 Traumatismo Raquimedular e suas Seqüelas Pós-Trauma

Como veremos adiante, uma das conseqüências da industrialização e da chamada modernidade no Brasil, foi o aumento dos acidentes de trânsito, dos acidentes de trabalho e da própria violência, ampliando, conseqüentemente, o número de pessoas portadoras de traumatismos.

É preciso definir o que entendemos por “trauma”, um conceito tão utilizado pela medicina, para referir-se às diversas formas de seqüelas resultantes de acidentes citados acima.

Silva (1985, p.519), apud Paulo et al.:

“Em senso lato, trauma é uma doença resultante de uma ou mais lesões, por ação direta ou indireta de um agente (mecânico, físico, químico, biológico) sobre o corpo humano”.

O trauma está cada vez mais em ascensão, representado por fraturas, traumatismo cranioencefálico - TCE e lesões internas. Dentre essas, a maioria dos traumatismos raquimedulares, resulta de lesões que acometem a coluna vertebral, por fratura, deslocamento ou ambos.

Nasi (1994, p.299), afirma que:

“O trauma raquimedular é uma patologia rara. Sua ocorrência é de aproximadamente 100 casos novos por ano. Trata-se de uma doença grave. Quando acompanhada de lesão medular, pode apresentar elevada mortalidade e alto risco de incapacitação definitiva.”

Cabe salientar, que o traumatismo raquimedular é um grande problema que afeta um número considerável de pessoas. Nesse sentido, a cada ano, configuram-se novas lesões.

Os autores Brunner & Suddarth (1982, p.1315), atestam que:

“Metade dessas lesões resulta de acidentes com veículos motorizados, enquanto que a maioria das outras ocorre a partir de quedas, esportes, acidentes industriais e feridas por arma de fogo. Mais de dois terços das vítimas dos acidentes são homens com menos de 36 anos de idade. As vértebras mais freqüentemente envolvidas nos traumatismos raquimedulares são a quinta, sexta e

sétima cervicais (pescoço), a décima segunda torácica e a primeira vértebra lombar. Estas vértebras são mais susceptíveis, pois há uma maior amplitude de movimento na coluna vertebral nestas áreas.”

Na maioria das vezes, os acidentados são graves, havendo simultaneamente alterações em outros órgãos, constituindo-se o tratamento de um politraumatizado.

Quando o acidente é violento e acompanhado de maiores complicações neurológicas, freqüentemente resultam em uma lesão medular.

Kotke (1984, p.668) define que:

“A lesão da medula espinhal ocorre mais freqüentemente nos grupos etários mais jovens: 80 por cento estão abaixo dos 40 anos de idade. A mediana é 23, a média 29 e a idade mais comum 20 anos. Cinquenta por cento das lesões ocorrem no grupo de 15 a 25 anos de idade. Cinquenta e três por cento dos lesados da medula espinhal têm comprometimento de quadriplegia, e 82 por cento são homens.”

Assim, conforme o nível das dimensões da lesão medular o paciente apresentará alterações motoras e sensitivas, pois, o prognóstico dependerá do prejuízo neurológico. Em se tratando da tetraplegia, os autores Brunner & Sudarth (1982, p.1325), definem como sendo:

“Quadriplegia (tetraplegia) é a perda da motilidade e da sensibilidade envolvendo tanto as extremidades superiores quanto inferiores.”

A partir do momento em que o indivíduo tenha uma vida normal e, repentinamente, por uma fatalidade, sofra um acidente de trânsito, de trabalho, ou de outros tipos de traumas e que por ventura possa deslocar alguma

vértebra da coluna vertebral atingindo a medula espinhal, o resultado dessa lesão traumática pode vir a ocasionar uma tetraplegia.

Tal resultado traz em si conseqüências catastróficas, pois ao deparar-se com essa nova realidade, as modificações que se introduzem abruptamente, ocorrem de forma dramática, repercutindo na sua vida como um todo.

Essa nova fase corresponde a um período marcado pelo sofrimento, perda, medo e incertezas. A família encontra-se emocionalmente fragilizada e apavorada diante da fatalidade de ter um parente portador de tetraplegia. Entra em pânico, buscando, ansiosamente ajuda e respostas para várias indagações.

Na maioria das vezes, o paciente defronta-se com um desmoronamento que passa a comprometer a sua estrutura familiar (rompimento de laços afetivos, sociais, profissionais etc.). São alterações que afetam seu estilo de vida, bem como sua qualidade e também sua auto-estima. As implicações são inúmeras interferindo na vida social, econômica e emocional. Geralmente acomete uma fração da população em fase produtiva, acarretando assim, uma sobrecarga social, haja visto que o acidente e/ou doença torna o indivíduo dependente de assistência a nível pessoal, familiar e estatal e que muitas vezes deixam seqüelas, impossibilitando-o de retornar a vida normal.

Para Ferreira & Batomé (1984, p.40):

“Ao adquirir uma deficiência, a pessoa sofre limitações também no sentido de exercer controle sobre as suas condições de vida (oportunidades de estudo, trabalho, tratamento, relações, obtenção de alimentos, segurança, satisfação de necessidades, etc).”

Nesse sentido, as pessoas portadoras de deficiências físicas, passam então, a ter dificuldades ou impossibilidades de participarem do processo produtivo da sociedade, mais especificamente o portador de tetraplegia, pois *
lhe é vetado o acesso ao mercado de trabalho, à escola, ao lazer, a ter uma

vida autônoma, sexual, afetiva, enfim, predominando o preconceito da sociedade a este indivíduo. Qualquer indivíduo da sociedade, independentemente de sua condição social ou econômica, está sujeito a ser vitimado da tetraplegia. Portanto, através dos fatos evidenciados, podemos constatar que o problema que antes era individual, agora se tornou social.

Diante de tais considerações, poderíamos tecer algumas reflexões acerca do assunto, expressas a seguir.

Carmo (1991, p.18):

“Até que ponto a sociedade atual ao confrontar com uma pessoa em uma cadeira de rodas, parcial ou totalmente imóvel, está preocupada em saber como aquele indivíduo encontra forças para continuar vivendo, uma vez que a quase totalidade das ‘possibilidades sociais’ lhe estão sendo negadas ou se tornaram impraticáveis?”

Na realidade, em termos gerais, existe na sociedade uma “ideologia de integração”, que consiste em declarar publicamente uma igualdade plena entre os homens, é por isso que ninguém deve ser excluído do convívio social. Entretanto, apesar dos centros de reabilitação tentarem preparar os portadores de deficiências físicas para sua reintegração na sociedade e, por paradoxal que isto possa parecer, a tendência é continuar em sua lógica de exclusão, “recuperando”, discriminando, segregando e estigmatizando-os.

Portanto, o excluído e discriminado não é apenas aquele que se encontra em situação de carência material, mas aquele que não é reconhecido como sujeito pela sociedade.

1.3 A Violência em suas Várias Configurações: uma Questão Social

O problema da violência hoje, estende-se a todas as camadas sociais e o que está em jogo é uma questão estrutural de maior envergadura. Esta situação a cada dia está piorando consideravelmente, ou seja, generalizando-se pelo país, atingindo dimensões incontroláveis.

Neste sentido, os reflexos da violência fazem parte da vida cotidiana das cidades, tornando o homem urbano torturado pelas suas próprias relações desumanas geradas por ele mesmo.

A esse respeito, afirma Oliven (1989, p.13):

“Embora historicamente a sociedade brasileira tenha sido construída com o recurso constante da violência, está tem sido constantemente negada a nível ideológico.”

Nessa medida, é preciso proceder a um exame mais atento da natureza específica desse assunto, o que nos foi transmitido até então, é que o Brasil ostentou durante muito tempo, uma imagem na qual a sociedade é harmônica e sem conflitos.

Cabe, no entanto, fazer algumas ponderações, acerca do aumento da violência. Nas últimas décadas ela se deu tanto na cidade como no campo e o problema em si, tem raízes profundas e implicações diretas e imediatas na vida das pessoas.

A intensa migração rural e urbana tem provocado o surgimento do processo de favelização e a modificação do cenário urbano, decorrente da própria política existente, ocasionando assim, a pobreza, a marginalização e a “inchação” dos centros urbanos.

Conforme Lúcio Kowarick (1993, p.34):

“Sobretudo a partir das últimas três ou quatro décadas, surgem e se expandem os bairros periféricos que, conjuntamente com os tradicionais cortiços e favelas, alojam a população trabalhadora. É nestas áreas que se concentra a pobreza da cidade e de seus habitantes.”

É importante observar que, grande parte desses contingentes de mão-de-obra não qualificada, oriunda da zona rural, passa a enfrentar problemas de absorção da força de trabalho aos níveis exigidos pela economia brasileira, agravando ainda mais o quadro de exclusão desse segmento da população.

Tendo em vista, portanto, as condições de vida, refletidas nas precárias condições de saúde, alimentação, habitação, vestuário etc., isto é, a ausência de recursos para a sua subsistência e a inexistência de oportunidades, tem conduzido muitas pessoas à pobreza, à miserabilidade, levando-as à insatisfação social, traduzida em revolta e violência.

Para Puty e Barcelos (1982, p.15):

“A incapacidade do sistema econômico de empregar de forma crescente e formalmente a força de trabalho e a situação de não regularidade do emprego, bem como a descontinuidade no trabalho autônomo no setor serviço, provocam, a nosso ver, as erupções da violência de forma crescente e generalizada”.

Em função desse perfil panorâmico, podemos constatar que a violência repercute no cotidiano, através do termômetro social das discrepâncias acumuladas na base econômica da nação, acarretando assim uma substancial desigualdade econômica e social entre os indivíduos da sociedade. Esse perfil, passa então a ilustrar a rapidez com que o problema avança.

Por tudo isso, basta abrir um jornal hoje, ou assistir a um noticiário de televisão para ser bombardeado com informações sobre as mais recentes vítimas de assaltos, roubos, crimes, estupros, morte pela morte, desnutrição,

corrupção, tráfico de drogas etc. Tais fatores tornam-se relevantes nos surtos de criminalidade e violência.

Para Ferraz (1994, p.17):

“Pelo termo genérico de violência designamos aqui todos os atos lesivos aos interesses individuais e sociais, quer sejam eles reconhecidos pelo direito, ou não.”

Sendo assim, os grandes centros urbanos passam, então, a ser espaços onde se concentra a riqueza e a opulência, convivendo com a mais flagrante miséria e violência, e que, apesar do aumento do policiamento ostensivo nas ruas, o clima de insegurança está presente no dia-a-dia de milhões de brasileiros. Esse é o reflexo do capitalismo “selvagem” que caracteriza a conjuntura atual, sob a égide do neoliberalismo.

Nesse contexto, a baixa absorção ou a incapacidade de ser incorporado ao sistema produtivo, pelas mais diversas razões, acaba originando uma massa de desempregados, ou melhor, de trabalhadores sem acesso aos benefícios, ainda que mínimos, proporcionados por um trabalho regular. Esses, por sua vez, passam a fazer parte do setor informal da economia urbana. O tema da exclusão social se concretiza sobretudo no mercado de trabalho, cada vez mais seletivo e exigente com relação, por exemplo, à formação do trabalhador. Dele passam a fazer parte aqueles com condições de se modernizarem e aperfeiçoarem, enquanto a maioria permanece relegada, sujeita ao subemprego, sem seus direitos básicos garantidos.

É com este panorama que os anos 90 vive uma época marcada por uma profunda crise. Esta é a crise da modernidade, onde o conjunto de valores, crenças, hábitos e costumes tem sido invadido por uma avalanche de novos estilos de vida, atingindo assim, todas as esferas da vida humana, como a cultura, a ciência, a economia, a política etc.

É nesse processo desmesurado de transformações que se configura a estratégia neoliberal, onde o mercado passa a ser a única instância para legitimar e estruturar as decisões de produção e investimentos sociais.

Porém a proposta neoliberal, parte da concepção de redução do papel do Estado, ao ponto de retirar dele a responsabilidade de tentar atingir a “justiça social”. Nesse sentido, o neoliberalismo tenciona um “Estado mínimo” sem interferir na economia e na vida social das pessoas, ficando a área social à mercê nas mãos de entidades “não governamentais” (Igrejas, ONGs, Instituições sociais etc.).

Segundo Sposati (19-- , p.38):

“No neoliberalismo, o Estado se desincube de deveres, entendendo-os como obrigação do cidadão, da família e da comunidade. Realiza somente colaborações suplementares (as subvenções) às organizações sociais e somente executa ações emergenciais.”

O resultado dessa política neoliberal tem repercutido no aumento da crise social do país, e na formação de uma sociedade desigual, expressando o crescimento descontrolado da pobreza e do descompromisso social, enfim, gerando uma sociedade violenta e instável em todos os aspectos.

Entretanto, é preciso distinguir as diferentes formas de violência existentes na nossa sociedade, e uma delas tem sido demonstrada no trânsito.

Em coleta de dados realizada junto à Polícia Rodoviária Estadual, obtivemos as seguintes informações:

Acidentes de trânsito ocorridos no período de janeiro a julho - 1996 e 1997, no Estado de Santa Catarina.

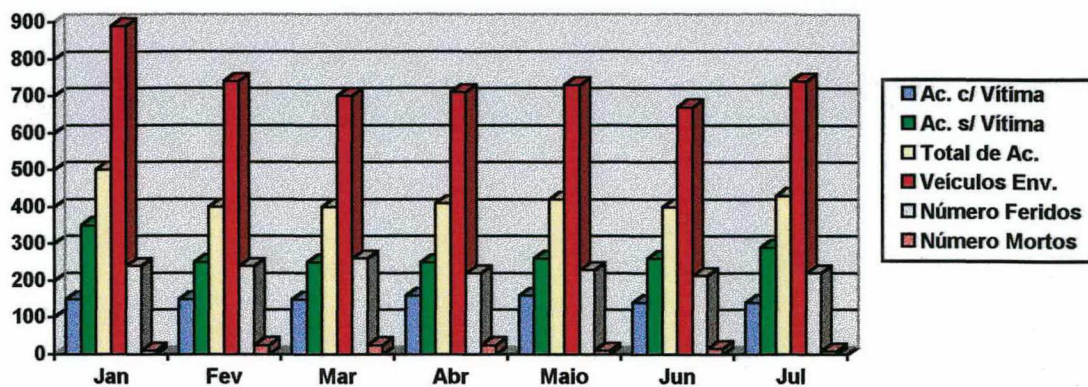
ESPECIFICAÇÃO	JANEIRO A JULHO		
	1996	1997	%
Acidentes com Vítimas	957	1075	12,33
Acidentes sem Vítimas	1661	1936	16,56
Total de Acidentes	2618	3011	15,01
Veículos Envolvidos	4462	5181	16,11
Número de Feridos	1452	1613	11,09
Número de Mortos	112	119	6,25

FONTE: Polícia Rodoviária Estadual (PRE).

Conforme vimos, a violência no trânsito se elevou do ano de 1996 para 1997. Baseados nos dados apresentados, constatamos que os acidentes com vítimas aumentou de 957 para 1075 (aumento de 12%), bem como todas as outras variáveis, no período citado.

O gráfico I, mostra os acidentes ocorridos no 1º semestre deste ano, evidenciando que os acidentes com vítimas é superior ao número de acidentes sem vítimas.

Gráfico I - Dados de acidentes Companhia da Polícia Rodoviária Estadual de 1997.



FONTE: PRE.

Nas últimas décadas o Brasil tem se destacado também com relação aos altos índices de acidentes de trabalho.

Segundo Possas (1981, p.119):

“(...) as categorias mais representadas na população de acidentados são os trabalhadores braçais, os operários semi-qualificados e principalmente os operários qualificados, o que indica uma concentração dos acidentes de trabalho sobre os trabalhadores diretamente ligados à produção.”

Alguns estudiosos sobre o assunto, indicam que a fadiga é um importante fator predisponente ao acidente de trabalho associada à carência nutricional, pois ambas certamente tem um peso considerável na determinação do acidente. Isso sem comentarmos nos acidentes de trabalho causados pelo desgaste físico no processo produtivo e agravados por jornadas de trabalho prolongadas. O baixo poder aquisitivo do salário leva os trabalhadores a um consumo alimentar deficiente, o que explica a estarem sujeitos aos acidentes de

trabalho. Além disso, é importante salientar que a ausência de dispositivos de segurança na utilização de máquinas e instrumento de trabalho proporcionam a frequência e a gravidade dos acidentes.

No que diz respeito aos acidentes do trabalho em Santa Catarina, segundo dados obtidos na Delegacia Regional do Trabalho, no período de janeiro a junho de 1997, constatou-se um aumento do número de acidentes registrados.

1.4 Atuação do Profissional do Serviço Social na Unidade de Neuro-Traumatologia

Qualquer indivíduo está sujeito a sofrer um acidente, seja ele automobilístico, de trabalho ou outros, e ficar incapacitado para o resto de sua vida, tornando-se um tetraplégico.

Baseado nesta realidade, o trabalho do Serviço Social faz-se necessário, justificando-se que sua contribuição é significativa no sentido de facilitar o acesso aos direitos, proporcionando um acompanhamento qualificado junto à população atendida na Unidade de Neuro-Traumatologia.

Na Unidade de Neuro-Traumatologia o assistente social compõe uma equipe com diferentes profissionais e especialistas, visando, assim, uma interdisciplinaridade no atendimento às necessidades dos pacientes politraumatizados e seus respectivos familiares.

ACIDENTES DO TRABALHO EM SANTA CATARINA

janeiro a junho de 1997

POSTOS	(A) ACIDENTES REGISTRADOS					(B) ACIDENTES LIQUIDADOS												
	Aciden. transf. do ano anterior	2 REGISTROS NO MÊS			3	4	TOTAL (A)	a	b	c	d	e	f	g	h	i	TOTAL (B)	Aciden. transf. para o mês seguinte
		a) Típico	b) Doença	c) Trajeto														
INSS																		
Biguaçu	36	111	1	31	143	0	179	0	0	0	0	1	57	0	35	0	93	86
Estreito	12	173	10	18	201	1	214	0	101	0	3	0	71	0	0	19	194	20
Palhoça	63	117	9	31	157	0	220	0	75	0	2	3	51	0	0	0	132	88
São José	90	140	10	28	178	0	268	0	31	2	0	0	93	23	0	0	149	119
Florianópolis	414	294	101	14	409	1	824	105	190	1	0	2	108	1	0	16	423	401
TOTAL	615	835	131	112	1088	2	1705	105	397	3	5	6	380	24	35	35	991	734

FONTE: Boletim Estatístico de Benefícios (ESAT).

De acordo com Eulália & Munhoz (1996, p.167):

“(...) Para ascender ao plano do ‘inter’, que supõe mais que o ladear, implicando troca, reciprocidade, discussão, conhecer o outro profissional e a outra profissão na sua alteridade para trocas e complementações. A interdisciplinaridade se alicerça no entendimento do outro como consciência que tem percepções e visões de mundo compatíveis ou não com as nossas, mas com quem podemos discutir.”

Assim sendo, compreendemos que a articulação da ação profissional de cada área específica, contribui para um trabalho integrado e participativo, visando estar engajados na realidade da Unidade e proporcionar um melhor atendimento voltado ao paciente. Por isso, faz-se necessário que haja uma interlocução entre os profissionais da área, minimizando as problemáticas que possam vir a prejudicar seu rápido restabelecimento e, conseqüente retardo de sua alta hospitalar. Mas, para que esse processo interdisciplinar possa se concretizar na prática profissional, precisamos entender o verdadeiro significado do processo saúde/doença, de forma não fragmentada, levando em conta sua relação com o meio social, e, portanto, justificando a integração dos vários saberes e das várias políticas para que a saúde possa se efetivar:

“Em seu sentido mais abrangente a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviço de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.” (VIII Conferência Nacional de Saúde)

Dentro dessa nova concepção, a saúde assume a condição básica da cidadania. Passa então, a ser concebida num contexto social, para além dos

limites do biológico, sendo resultante das condições de vida. Por esta razão, cabe assinalar a importância da atuação do profissional do Serviço Social na área da saúde, pois suas atividades visam, não só aquele momento vivido pelo paciente, mas procura compreender e intervir em todo o contexto no qual está inserido.

Para Souza (1995, p.58):

“A inserção do Serviço Social no setor saúde tem evidenciado que sua intervenção, expressa na prática profissional dos assistentes sociais, tem-se tornado necessária na promoção, recuperação da saúde em diferentes níveis.”

Assim, as demandas que se colocam à profissão nesta área, vem exigindo dos profissionais conhecimentos relativos à saúde, possibilitando uma nova definição na direção a ser imprimida pelo seu desempenho profissional.

No que se refere à atuação do Serviço Social na Unidade de Neuro-Traumatologia, a prática profissional do assistente social, cumpre, por exigência da Instituição, os seguintes objetivos básicos e primordiais:

1. Humanização do atendimento ao paciente;
2. Agilidade da alta hospitalar.

Neste sentido, através de métodos, técnicas e processos inerentes à profissão, o assistente social, para desempenhar os objetivos mencionados, adota as seguintes estratégias de atuação:

- Informa ao paciente e familiares sobre a dinâmica da Instituição;
- Orienta e encaminha os pacientes e/ou familiares para os recursos disponíveis no âmbito hospitalar e na comunidade (UFSC, INSS, CEPON etc.), bem como, orienta quanto a sua situação

previdenciária, com vistas a possibilitar ao portador da patologia específica um melhor enfrentamento do seu processo de doença;

- Providencia os recursos necessários à agilização da alta e óbito;
- Integra a equipe interdisciplinar, visando proporcionar ao paciente, atendimento nas áreas que se fizeram necessárias a nível bio-psicossocial;
- Prepara o paciente e a família para a internação ou cirurgia, atuando nos aspectos psicossociais;
- Planeja com o paciente e/ou família as estratégias necessárias e adequadas para a solução dos problemas detectados;
- Presta serviços imediatos de acordo com as necessidades apresentadas;
- Esclarece as dificuldades que venham a interferir no tratamento médico-hospitalar;
- Acompanha o paciente na Unidade específica, contribuindo para que ocorra um melhor atendimento; prestando apoio emocional, numa compreensão e valorização dos aspectos humanos;
- Esclarece ao paciente e familiares a respeito da nova situação vivenciada diante da enfermidade, bem como também o Tratamento Fora Domicílio - TFD.

Diante do exposto, o atendimento destinado a esses pacientes se faz necessário, pois são várias as alterações na sua vida que se impõem ao longo do processo de recuperação e pelas seqüelas adquiridas. São pessoas que apresentam carências tanto econômicas, quanto sociais e emocionais, e, à medida que o sofrimento se intensifica, vêm suas potencialidades diminuídas, interferindo na luta pela sobrevivência.

Nessa perspectiva, a partir da verificação e identificação das questões emergentes que afetam o paciente politraumatizado, conclui-se que um atendimento eficaz exige sensibilidade e conhecimento para lidar também com sua emoção e seu sofrimento. Neste caso, o diálogo é um instrumento essencial para a compreensão e apoio frente aos problemas e necessidades vividas pelos pacientes.

Para levar a cabo os objetivos a que o Serviço Social se propõe, há necessidade de uma articulação do tripé da Seguridade Social, quais sejam: assistência social, previdência social e saúde. As três áreas se transformam numa só, no momento em que o assistente social presta assistência, buscando garantir universalização, integralidade e equidade no que se refere ao atendimento à saúde; busca garantir direitos no que se refere à previdência social e à assistência a necessidades imediatas, decorrentes da nova realidade vivida pelos pacientes. Sendo assim, no capítulo seguinte abordaremos a política de Seguridade Social, que dá razão de ser do Serviço Social, no contexto abordado por este TCC.

CAPÍTULO II

A SEGURIDADE SOCIAL E OS PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS FÍSICAS (TETRAPLÉGICO)

A Constituição Brasileira de 1988 no Art. 194, Seção I, define que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da Sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” Esta relação de proteção social se dá através de uma legislação social que garanta direitos e exija que o Estado arque com um conjunto de serviços e benefícios.

Nesta perspectiva, a seguir, analisaremos o que a Assistência Social oferece de proteção ao portador de tetraplegia.

2.1 A Assistência Social

A assistência sempre esteve presente em qualquer sociedade, desde a Idade Antiga, quando a assistência era praticada em forma de caridade, até os

tempos atuais. Buscando entendê-la na forma como ela se configura hoje, faz-se necessário fazer algumas desmistificações acerca do assunto.

Atualmente, para enfrentar a situação de miséria e a reivindicação coletiva dos segmentos pauperizados e marginalizados, o Estado procura intervir na questão social, criando estratégias para dar respostas às necessidades básicas dessa população. Tais estratégias são implantadas através das políticas sociais.

A esse respeito, afirma Faleiros (1982, p.59):

“A política social é uma gestão de trabalho, articulando as pressões e movimentos sociais dos trabalhadores com as forças de reprodução exigida pela valorização do capital e pela manutenção da ordem social.”

Dessa forma, o Estado vem adotando políticas sociais com o objetivo de amenizar os conflitos sociais, compensar desigualdades sociais e manter a ordem estabelecida para o padrão de dominação, isto é, a hegemonia da classe dominante. Porém, embora essas políticas respondam às pressões populares, os benefícios contidos em seus serviços são repassados aos subalternizados como benesses e não como direitos. Neste tipo de relação Estado/Sociedade evidencia-se a força do Estado frente a uma população mantida em uma condição de alienação, exclusão e pobreza. É neste contexto que se resgata a assistência como política governamental, pois ela representa para os segmentos espoliados, um campo concreto de acesso a bens e serviços, apesar de imprimir um caráter de emergência às políticas sociais.

Para tanto, assinalam Sposati et al. (1995, p.23):

“Na divisão sócio-técnica do trabalho, o assistente social tem sido demandado como um dos agentes ‘privilegiados’ pelas instituições geridas diretamente pelo Estado, ou por ele subvencionadas, para efetuar a assistência. O

caráter histórico de sua atividade profissional em qualquer instituição está voltado prioritariamente à efetivação da assistência.”

Nesse particular é que podemos compreender que a intervenção do assistente social está diretamente vinculada à efetivação das políticas sociais assistenciais no enfrentamento da questão social. Situá-las na trama das relações sociais, implica entendermos o Estado nos seus interesses contraditórios. De um lado, expressa aliança de classes ou de frações dominantes que não são similares e que, portanto, refletem conflitos muito variados que se constituem em fonte de pressão permanente. De outro, ao excluir as chamadas classes dominadas, tem em certa medida que incluir alguns de seus interesses (Kowarick, 1979, p.7).

Por conseguinte, o Estado, deve garantir uma distribuição de benefícios e o atendimento às necessidades das classes pauperizadas ainda que se oponham a certos interesses do capital. Contudo, cabe ressaltar que, as reivindicações buscadas pelas classes subalternizadas, só podem ser cumpridas na medida que não afetem o pacto de dominação, ou seja, em última análise, corresponde à defesa de interesses fundamentais do bloco hegemônico, mantendo as normas de exclusão econômica e política.

Em síntese, as políticas sociais assistenciais tentam harmonizar interesses antagônicos, decorrentes do conflito capital versus trabalho. Por isso, não basta a constatação dos assistentes sociais de que a assistência se reveste de um caráter paliativo e compensatório. Deve portanto, estar atento para as determinações sociais e históricas que as determinam. E ao aperceber-se da existência desses vínculos, de suas relações e contradições, enfim, desses embaçamentos, pode desenvolver sua ação profissional de modo mais crítico na medida em que supera a leitura do aparente imediato e dá conta das múltiplas direções que o vincula profissionalmente (Oliveira, s.d., p.81).

Nesta ótica, o profissional, ao desnudar as relações de dominação que o poder dominante utiliza para ocultar a realidade social concreta, pode imprimir um direcionamento crítico à sua prática. Tal direcionamento implica num comprometimento maior com a classe subalternizada, nas suas reivindicações por melhores condições de vida e por uma política mais direcionada aos seus interesses.

É nesse contexto que se inscreve a ação profissional do Serviço Social, primeiramente para dar conta da política social assistencial, pois sua prática é fundamental, exigindo a busca de estratégias teórico-práticas. Dessa forma poderá contribuir para o fortalecimento do processo organizativo das classes populares, em articulação com os movimentos sociais, em prol da luta pela ampliação dos direitos políticos e sociais.

Sposati (1995, p.34) afirma que:

“ (...) por mais paradoxal que possa parecer, o avanço das políticas sociais termina por ser menos a ação do Estado em prover a justiça e mais o resultado de lutas concretas da população.”

A partir deste enfoque, podemos constatar que a realidade cotidiana tem mostrado que, quanto maiores as pressões sociais, maiores as concessões e os avanços na distribuição dos bens e serviços aos segmentos mais espoliados. Assim, o avanço das políticas sociais assistenciais é resultado de lutas concretas da população, e não do reconhecimento tácito da justiça social pelo governo.

No entanto, ainda é freqüente profissionais, ao buscarem minorar o agravamento de uma situação particular de emergência, adotarem uma postura restrita quanto a esta assistência, transformando-a numa ação filantrópica e não numa ação que vise garantir direitos.

A respeito, afirma Yazbek (1993, p.11) apud Sposati:

“O assistencialismo, resultado da difusão do imaginário conservador, supõe fazer dessa transferência uma relação de poder que subalterniza quem tem a necessidade: ele passa a dever um favor ao intermediador da possibilidade, que nem sempre é proprietário, mas muitas vezes um agente técnico ou institucional.”

Sob esta ótica, os programas assistenciais se utilizam da conduta de seleção/exclusão, onde os serviços assistenciais se tornam acessíveis por meio de clientelismo. São programas sociais mantenedores da tutela e da alienação. Reconhece-se que tal postura conservadora leva a imprimir na sua prática profissional ações paliativas, de forma mecânica, dando conta apenas de efeitos isolados e individualizados. Nessa perspectiva, busca-se amenizar o agravamento de uma situação particular de emergência, compreendida apenas de efeitos isolados e individualizados. Nessa perspectiva, busca-se amenizar o agravamento de uma situação particular de emergência, compreendida apenas pelas suas circunstâncias imediatas. São ações que se concretizam na prática com a ausência de espírito crítico, caracterizados como benesse e não como direito do cidadão. Esta atitude caracteriza o pensar ingênuo da profissão, sem permitir o desenvolvimento de consciência da classe subalternizada.

É importante enfatizar que a prestação de serviços assistenciais não é elemento revelador da prática assistencialista. O caráter assistencialista, quando presente na ação do assistente social, não é decorrência simples da atividade que cumpre, mas da direção que imprime à mesma.

Falcão e Sposati (1985), ainda antes da Constituição de 1988, propõem a necessidade de se adotar uma metodologia e estratégias para encaminhar a prática profissional, acreditando que isto pode se dar, a partir de uma reflexão

crítica, em que a assistência seja entendida como direito, cuja conquista se dará pela mobilização popular. Sugerem romper com o isolamento da prática e o reducionismo do atendimento individualizado, pois essas ações provocam o distanciamento da realidade na sua totalidade.

Dessa forma, a superação da postura conservadora, como era vista e praticada a assistência, não depende apenas de uma visão correta do que deve ser a mesma, mas está também articulada aos processos organizativos dos segmentos democráticos de nossa sociedade.

Estabeleceu-se recentemente um marco histórico no qual a possibilidade da superação deste “estigma” da assistência mostrou-se viável. Trata-se do reconhecimento da assistência social como uma política social pública específica no quadro dos deveres atribuídos ao Estado pela Constituição Federal de 1988. Trata-se realmente, de uma mudança fundamental na concepção da assistência social como política de seguridade, isto é, como um dos direitos de cidadania dos brasileiros, como consta no seu artigo 203, que veremos mais adiante.

Isto significa que ela se move no âmbito da proteção social devendo garantir os mínimos sociais à população que deles necessitar, independente de contribuição. Todavia, a afirmação jurídico-legal não elimina as principais contradições que abordamos anteriormente.

A Constituição brasileira de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, incorporou uma série de direitos sociais e deveres do Estado para com seus cidadãos na área das políticas sociais.

Nesta Constituição, foi introduzido o conceito de Seguridade Social, baseada no tripé: saúde, previdência e assistência social. Isto significa que elas devem manter uma ação conjunta de proteção social, na qual toda a população está potencialmente incluída.

Os destinatários da assistência social são, pela ótica da nossa legislação, os necessitados sociais, aqueles incapazes de prover seu sustento, os excluídos do mercado de trabalho formal e informal.

Essa população vem aumentando consideravelmente e, é por ela que a atual política de assistência social, regulamentada pela Lei nº 8.742, de 07/12/93 - Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS - surge como alternativa ao enfrentamento dos graves problemas sociais desse país, pois é uma lei que visa garantir os direitos de cidadania.

A promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) constitui uma mudança na relação entre Estado e sociedade civil no que concerne a novas formas políticas e administrativas de enfrentamento da pobreza e da exclusão social produzidas com base na contradição estrutural do capitalismo brasileiro.

A função da LOAS está em assegurar os direitos estabelecidos nos artigos 203 e 204 da Constituição Federal de 88, pois sem a LOAS o Estado não se disporia de mecanismos para operacionalizar a política de Assistência Social.

A LOAS objetiva a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes, a reabilitação das pessoas portadoras de deficiências, a promoção da integração ao mercado de trabalho.

Ela estabelece o benefício de prestação continuada (BPC) que concede um salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, com 70 anos ou mais, que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. Portanto, para ser enquadrado neste benefício, a pessoa portadora de deficiência deve comprovar:

- Total incapacidade para o trabalho;

- A família deverá ter renda mensal per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

Podemos perceber, a partir desses critérios, que há restrições ao acesso ao BPC, bem como regras burocráticas limitativas e dificultadoras do acesso ao benefício.

Trata-se, em suma, de um critério simplesmente imoral, quando sabemos do nível de defasagem entre a cesta básica e o que o mínimo proporciona em termos de consumo e condições de vida: quase nada. Todavia esse critério, foi exigência da equipe econômica do Governo Itamar para liberar a LOAS para a sua aprovação.

Além do Benefício da prestação continuada, a LOAS prevê outros benefícios eventuais, que consistem no auxílio natalidade e auxílio funeral, entre outros destinados a suprir as necessidades circunstanciais ou de calamidade.

Portanto, efetivar a assistência social na forma de política pública - como expressão legal e um direito do cidadão e um dever do Estado, significa explicitar a responsabilidade constitucional do poder público frente às demandas e necessidades, que são sempre determinadas pelo modelo de organização econômica e social vigente.

Esse novo espaço político-institucional que regulamenta a obrigação do Estado para com o cidadão, através do compromisso democrático com o bem-estar e a igualdade social, permanecerá como um espaço de luta, vital para as classes trabalhadoras.

2.2 A Previdência Social

Estamos vivendo um período histórico singular, marcado por transformações que atingem diretamente o conjunto da vida social. São

transformações que não se resumem à ordem econômica, mas dizem respeito às questões políticas, sociais e culturais.

Diante deste pressuposto, torna-se inviável uma compreensão da política da previdência social, sem retomarmos a conjuntura da década de 80.

É nesta década que o mundo contemporâneo vivencia uma intensa crise no processo de trabalho. Esta crise vem ocasionando mudanças profundas nas relações de trabalho provenientes da reestruturação produtiva, com repercussões no interior das classes assalariadas, quer sejam no mundo do trabalho, quanto na sua organização sindical.

A década de 80 representa um grande avanço tecnológico, propiciada pela automação, a robótica, a informática, a microeletrônica, enfim, são as expressões por excelência daquele momento. Atualmente, no que tange a essa mesma revolução tecnológica, verifica-se alterações que influenciam nas comunicações, na engenharia genética, esta com uma visão avançada de clonagem. Entretanto estes avanços caminham num ritmo tão rápido que a sociedade mal consegue acompanhar, mas sente na pele seus efeitos.

Em decorrência das mudanças estruturais e subjetivas, merece destaque a precarização do trabalho.

A respeito informa Antunes (1996, p.83):

“(...) há um processo de subproletarização ou de precarização do trabalho que, ao mesmo tempo em que define o operariado estável, aumenta essa gama de trabalhos precários, parciais, temporários, que decorrem da flexibilização, da terceirização.”

Apesar da revolução tecnológica ter produzida resultados positivos para a humanidade, há de se considerar que este processo, acarreta também implicações no mundo do trabalho, repercutindo drasticamente nas diversas profissões, pois muitas delas deixaram de existir ou até mesmo foram

terrivelmente desqualificadas. As conseqüências estão explícitas no agravamento da situação de desemprego e subemprego, lançando milhões de trabalhadores no mercado informal, ocasionando a precarização do trabalho, a terceirização e os baixos salários.

A década de 90 tem sido assinalada pela ascensão neoliberal, pautada no esforço dos governos em tornar o país competitivo na economia mundial e na diminuição da responsabilidade do Estado frente à área social.

O processo de globalização da economia, regido pela ótica da política neoliberal, vem se concretizando a cada dia no governo FHC, com elevado custo social e principalmente pela divulgação das reformas institucionais. Mas, o que é pior do seu governo é o desrespeito com relação aos direitos sociais garantidos pela Constituição de 1988.

Helene (1997, p.9) afirma que:

“A Constituição de 1988, marcada pelo fim da ditadura militar, pela perspectiva de democracia social e econômica e pela ampliação dos direitos da cidadania, previu um sistema de seguridade social que poderia ser muito mais amplo e justo do que é. Para seu financiamento, estão previstas contribuições dos trabalhadores, dos empregadores (baseados nos lucros, no faturamento e na folha de pagamentos), dos orçamentos públicos da União, dos Estados, dos municípios e do Distrito Federal e dos concursos de prognóstico (loterias). Essa amplitude de possibilidades de financiamento dá grande margem de ação para que, sempre que necessários, sem que seja necessário reduzir benefícios.”

No entanto, ao invés de executar os direitos previstos pela Constituição de 88, e de viabilizar seu financiamento, o governo atual quer acabar com os direitos sociais conquistados pela classe trabalhadora durante toda sua história de luta. Na realidade o que se tem articulado é um processo de desmonte da

Constituição recém promulgada. E nesse processo consta a política da Previdência, cuja reforma está em debate, mas sem a participação popular.

As alterações propostas pelo governo, tem como finalidade satisfazer interesses econômicos, em vez de resolver os reais problemas do sistema previdenciário. Nessa direção, o que está havendo é a tentativa de imposição de um novo modelo de previdência, ficando excluído do sistema previdenciário grande contingente de trabalhadores, principalmente aqueles que não contribuem com a Previdência Social.

Segundo Helene (1997, p.11):

“De fato, dos 62 milhões de trabalhadores brasileiros, apenas cerca de 33 milhões contribuem para a Previdência Social; os demais são condenados a viver no subemprego, sem terem sua situação trabalhista legalizada.”

Reconhece-se que tal conclusão, leva-nos a admitir que milhões de trabalhadores ficam sem cobertura ao direito social previdenciário. Com isso, os trabalhadores, nessas condições, não tem qualquer garantia de renda no futuro, de pensões para seus dependentes e de auxílio-desemprego.

Neste sentido, escreve Oliveira (1996, p.16), apud Santos:

“A carteira de trabalho assinada pelo empregador constitui instrumento jurídico indispensável para que o empregado esteja qualificado à cobertura da legislação trabalhista, ou seja, direito a descanso remunerado, férias, 13º salário, seguro desemprego, etc. A impossibilidade de comprovar vínculo empregatício mediante a carteira devidamente assinada, exclui o empregado do amparo da legislação.”

Dessa forma, quanto mais se amplia o mercado de trabalho informal em nosso país, maior será o processo de redução ou extinção dos direitos sociais, bem como as garantias sociais previstas na legislação trabalhista e do sistema previdenciário. Infelizmente, podemos constatar que há cada vez mais conivência, por parte do governo, para com o mercado informal de trabalho e para com a sonegação do direito ao trabalho regular e legalizado.

Diante do exposto, a situação se torna dramática para aqueles que eventualmente ficam impossibilitados de trabalhar, por ocasião de um acidente e se tornam incapacitados para o trabalho, como é o caso dos tetraplégicos.

A deficiência física é algo que a maioria das pessoas não gosta de pensar. Mas as chances de ocorrer são bem maiores do que a maioria imagina. De fato, qualquer pessoa está sujeita a adquirir uma deficiência em algum momento de sua vida.

O papel da Previdência Social, neste caso é de garantir benefícios às pessoas que estejam, temporária ou permanentemente, excluídas do mercado de trabalho em função de sua incapacidade adquirida ou congênita. Porém, vale lembrar, que tem esse direito, somente quem contribui com a previdência. Quem está no mercado informal de trabalho e sofre um acidente, não tem esse direito. Mas, se preencher os critérios estabelecidos pela LOAS, especificamente do BPC - Benefício de Prestação Continuada, terá direito a esse benefício. Caso contrário, não terá direito algum.

O benefício da Previdência Social, do qual havíamos nos referido anteriormente, continua até a pessoa ser capaz de trabalhar novamente numa base regular e, se não for este o caso, até o final de sua vida. Porém, tal benefício só terá validade, quando o indivíduo não for capaz de nenhum tipo de trabalho para o qual tenha sido qualificado.

A seguir, apresentaremos as condições exigidas para a concessão do benefício para quem contribui com a Previdência.

O segurado terá direito à aposentadoria por invalidez, após o pagamento de 12 contribuições mensais. Mas, no caso de o segurado sofrer acidente de qualquer natureza ou causa, ou for acometido de alguma das doenças específicas em lei, terá direito ao benefício independentemente do pagamento de doze (12) contribuições.

Os requisitos para sua concessão constam do art. 30 da Consolidação das Leis da Previdência Social - CLPS:

- Carência de doze contribuições mensais;
- Incapacidade permanente para o trabalho e insuscetibilidade de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência.

Recebe o benefício, o segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado, mediante exame médico-pericial do INSS, incapaz para o trabalho, sem condições de reabilitação profissional que lhe permita o exercício de atividade que possa garantir a sua sobrevivência.

A aposentadoria por invalidez difere do auxílio-doença em razão do caráter permanente da invalidez.

De acordo com o art. 24 da LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social) o processo de reabilitação deve existir enquanto estiver o segurado em gozo de auxílio-doença, somente devendo cessar esse benefício, convertendo-se em aposentadoria por invalidez, quando o segurado não for recuperável, nem tenha sido reabilitado. Mesmo assim, a aposentadoria por invalidez continua a não ser definitiva, estando o segurado, até os 55 anos, obrigado a um processo de reabilitação e sujeito à verificação de incapacidade, que pode culminar na extinção do benefício.

Anteriormente à vigência da LOPS, a aposentadoria por invalidez era definitiva, quando perdurava por mais de 5 anos, depois tornou-se reversível a qualquer tempo, conforme jurisprudência reiterada dos tribunais.

A partir dos 55 anos está o segurado apenas dispensado dos exames e processos de reabilitação, mas, se vier a demonstrar que está capaz de exercer atividade profissional, seu benefício poderá vir a ser cancelado, se não atendidos, ainda os requisitos da aposentadoria por idade. A aposentadoria por invalidez independe da prévia concessão de auxílio-doença.

No caso específico de aposentadoria por invalidez por acidente de trabalho, receberá o benefício, o segurado rural ou urbano (exceto o doméstico), o avulso, o especial, o médico-residente e o presidiário que exerce trabalho remunerado.

A concessão de aposentadoria por invalidez por acidente de trabalho independe do número mínimo de contribuições pagas pelo segurado.

Se a incapacidade total e definitiva para o trabalho for reconhecida imediatamente após o acidente, a aposentadoria por invalidez será concedida desde logo, a partir da data que teria início o auxílio-doença acidentário.

Os critérios para receber o auxílio-doença por acidente de trabalho, são os mesmos de aposentadoria por invalidez por acidente de trabalho. Vale ressaltar, que também é considerado acidente de trabalho a doença que o segurado adquirir em consequência do trabalho.

A concessão do auxílio-doença por acidente do trabalho também independe do número de contribuições pagas pelo segurado.

Além desses benefícios assegurados pela Previdência Social, conforme o exposto acima, as pessoas que se tornaram portadoras da tetraplegia e que de alguma forma ficaram excluídas desse processo, por não contribuírem para a Previdência e também por não conseguirem obter o BPC pelas restrições ao acesso a esse benefício, ficam sem proteção social nenhuma, repercutindo seriamente nas condições de vida.

Sendo assim, a Previdência Social deveria constituir-se numa política pública de caráter universal, contínua e equânime, sendo instrumento de

distribuição de renda e prestação de serviços, capaz de contribuir para melhoria de vida da população usuária.

2.3 A Saúde

A saúde é um direito básico de todo cidadão, garantido por leis, constituindo-se em um bem público e um valor, devendo portanto, ser responsabilidade do Estado provê-la, criando condições fundamentais no plano social, econômico e cultural para seu pleno exercício. De acordo com a Constituição Federal de 1988, nos artigos 196 a 200, seção II, da saúde, está claro que a conquista da saúde é um direito de todos e dever do Estado.

“Art. 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem a 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.”

Sabemos que a saúde não é somente o resultado das condições de trabalho, habitação, alimentação, educação, lazer etc., mas, também de condições inerentes ao exercício de cidadania e de liberdade, como um processo que se constrói cotidianamente.

A Constituição de 88 incorpora a visão de caráter universal dos direitos, tratando-os sob a regra da equidade e da justiça, propõe uma mudança no padrão de proteção social brasileiro, especialmente na área da saúde, assistência e previdência, definindo-se como um Estado Democrático de Direito.

Dessa forma, assinala-se esse avanço de modo bastante significativo, proclamando a existência do direito à saúde, como um dos direitos essenciais da pessoa humana.

Além dessas garantias, asseguradas pela Constituição, foi estabelecida a organização de um Sistema Único de Saúde. Para “regular, fiscalizar as ações e os serviços de saúde”, conforme o que prevê a Constituição, foram aprovadas as leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, conhecidas como Lei Orgânica da Saúde - LOS. Destinam-se a esclarecer o papel das esferas do governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas perspectivas e atuações para garantir o cuidado com a saúde. Somente com a aprovação da LOS, em 1990, definiu-se os princípios para regulamentação do SUS.

Assim, o Sistema Único de Saúde - SUS - é definido legalmente como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração mantidas pelo Poder Público Lei nº 8.080, art. 4º).

Nesses termos, conclui Dallari (s.d., p.20):

“(...) a LOS contém as diretrizes e os limites que devem ser respeitados pela União, pelos Estados e pelos Municípios ao elaborarem suas próprias normas para garantirem - em seus respectivos territórios - o direito à saúde para seus povos.”

Por conseguinte, sempre que uma esfera de poder político atue, seja materialmente, ou seja, normatizando, está obrigado à normas impostas na LOS. Assim sendo, todas “as ações e serviços de saúde, executadas, isoladas ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (Lei nº 8.080, art. 1º), são reguladas pela LOS.

Portanto, a LOS é uma lei básica determinada a tornar compreensível o papel das esferas de governo na proteção e defesa da saúde, orientando suas respectivas atuações para garantir o cuidado à saúde.

Para concluir o capítulo da Seguridade Social, apresentamos toda a legislação referente aos direitos das pessoas portadoras de deficiência, partindo da Constituição de 1988.

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

X - combater as causas da pobreza e os fatores de marginalização, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos.

Art. 24. Compete a União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

XIV - proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência.

Art. 37. A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e, também, ao seguinte:

VIII - a lei reservará percentual dos cargos e empregos públicos para as pessoas portadoras de deficiência e definirá os critérios de sua admissão.

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração a vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

II - criação de programas de prevenção e atendimento especializado para portadores de deficiência física, sensorial ou mental, bem como para integração social do adolescente portador de deficiência, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência, e a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

§2º - A lei disporá sobre normas de construção de logradouros e dos edifícios de uso público e de fabricação de veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência.

A legislação vigente, dispõe sobre leis e decretos relacionados abaixo, são eles:

- Lei nº 7.853, de 24/10/89
 - * o apoio à pessoa portadora de deficiência;
 - * sua integração social;
 - * sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE;
 - * institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos e difusos;

* define crimes contra o preconceito e dá outras providências.

- Lei 8.080, de 19/09/90 - Lei Orgânica da Saúde - institui procedimentos de reabilitação médica e concessão de órteses e próteses;
- Decreto nº 129, de 22/05/91 - Promulga a Convenção nº 159, da Organização Internacional do Trabalho - OIT, sobre reabilitação profissional e emprego de pessoas portadoras de deficiência.
- Lei nº 8.213, de 08/12/95 - Dispõe sobre habilitação e reabilitação profissional e fornecimento de órteses e próteses para segurados da previdência social.
- Portarias nº 116, de 9/09/93 e nº 146, de 14/10/93 - Dispõe sobre concessão de órteses e próteses.
- Decreto nº 914, de 6/07/93 - Institui a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Lei nº 8.742, de 07/12/93, conforme já abordada anteriormente no início desse capítulo.
- Decreto nº 1.744, de 8/12/95 - Regulamenta o benefício de prestação continuada - BPC.

Além da proteção acima citada, é de competência legal na área da pessoa portadora de deficiência no que se refere a sua saúde:

- Diagnóstico das deficiências;
- Reabilitação médica;
- Concessão de órteses e próteses;
- Ações de prevenção.

Entretanto, a concretização do exercício da cidadania implica no controle social. E, para que ocorra a efetivação dos direitos inscritos por lei na área da seguridade, existem instâncias que fortalecem o controle social; tais como:

- As Conferências que são mecanismos pensados para cumprir o preceito constitucional, que exige que a política de seguridade seja definida com a participação da comunidade.
- Os Conselhos são também mecanismos previstos para assegurar o cumprimento do mesmo mandamento constitucional. Eles têm caráter permanente e deliberativo e são órgãos colegiados constituídos por representantes do governo, prestadores de serviços, dos profissionais e usuários.

A participação a que se refere a Constituição e as Leis Complementares, tem por objetivo descentralizar o poder, colocá-lo ao alcance da sociedade civil organizada.

Faleiros (1987, p.77), entende a participação:

“(...) como luta, combate, mobilização, pressão, poder, ou seja, como articulação de forças e de estratégias em torno de interesses de classes para a conquista de poderes, recursos e reconhecimentos.”

Para Bordenave (1985, p.77):

“Toda vez que o povo participa do planejamento e execução de uma atividade ou processo, ele se sente proprietário do mesmo e co-responsável de seu sucesso ou fracasso.”

Sendo assim, chegamos à conclusão de que o povo organizado é o garantidor, por excelência, dos seus direitos. A participação supõe tomar parte de uma luta. Porém a participação não é individualizada; pois ela supõe a existência da coletividade, fazendo com que as pessoas se tornem responsáveis pela sua própria história, exercendo assim a sua cidadania.

A cidadania está diretamente relacionada com a capacidade de organização e mobilização das sociedades. Quanto maior a organização, a mobilização e a reivindicação das classes populares, maior será o exercício da cidadania.

CAPÍTULO III

A REALIDADE DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIAS FÍSICAS EM FLORIANÓPOLIS

3.1 Metodologia

A estratégia utilizada na coleta de dados para o presente trabalho, foi a abordagem qualitativa, através da entrevista semi-estrutura e da observação a partir das atividades do estágio.

Os resultados de uma pesquisa qualitativa dependem muito do trabalho de campo, pois é através dele que o pesquisador, principalmente na área das Ciências Sociais, terá condições de determinar qual o impacto de uma política social, de uma transformação política junto a um grupo ou comunidade.

O trabalho de campo envolve, na pesquisa qualitativa, não só coleta de material e a formação teórica do pesquisador, mas também uma opção por uma ou mais formas de fazer essa coleta (Minayo et al. 1994).

Além disso, podemos acrescentar a questão da interdisciplinaridade, ou seja, a capacidade de o pesquisador envolver-se, ou pelo menos ter conhecimento de uma gama mais ampla de fatores que envolvem seu trabalho, ou seja, dominar, ainda que não profundamente, aspectos diversos dos temas pertinentes ao trabalho que se propõe desenvolver.

Portanto, o objetivo da entrevista é coletar dados a respeito de uma pessoa, de um fato, ou de um fenômeno, política junto a testemunhas diretas ou indiretas daquilo que se deseja estudar, assim como as causas que geraram o fato as conseqüências que isso teve a essa pessoa, grupo, ou instituição.

Existem dois tipos de dados que podem ser obtidos com a entrevista: os que se referem a fatos que o pesquisador pode conseguir através de outras fontes como censos, estatísticas, registros civis, atestado de óbito etc., e os que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, isto é, suas atitudes, valores e opiniões.

Optando-se por esta abordagem, procurou se desenvolver um instrumento capaz de revelar as situações vivenciadas pelo portador de tetraplegia, atendido na Unidade de Neuro-Traumatologia do HGCR.

Foram selecionados 7 (sete) portadores da tetraplegia - adultos - internados no decorrer do ano de 1996 e a forma de escolha foi aleatória.

A coleta de dados, feita em outubro de 1997, através da aplicação da entrevista, foi realizada após a alta hospitalar, na residência do paciente. Os itens abordados na entrevista buscaram captar dados para o estudo das necessidades destes pacientes, a fim de possibilitar ao Serviço Social da Unidade uma atuação mais consistente junto aos portadores de tetraplegia.

3.2 Resultados da Pesquisa

Os entrevistados são do sexo masculino, na faixa etária entre 20 a 35 anos. Estes dados confirmam estudos do DETRAN, que colocam entre as maiores vítimas de acidentes pessoas do sexo masculino nessa mesma faixa. Cabe destacar que todos os entrevistados residem na Grande Florianópolis.

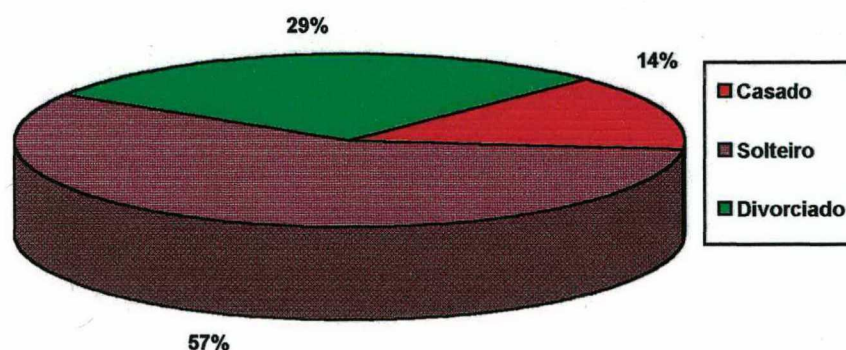
Quanto à escolaridade dos entrevistados, constatamos a seguinte situação.

Quadro I - Escolaridade dos Entrevistados

Grau de instrução	Nº
1º Grau, completo e incompleto	4
2º Grau	2
Superior incompleto	1
Total	7

Com relação ao estado civil, há uma predominância de solteiros, como mostra o gráfico II a seguir:

Gráfico II - Estado Civil dos Entrevistados



É importante assinalar, como demonstram os depoimentos, uma nova realidade social, após a família constatar o diagnóstico da tetraplegia:

“Desde o acidente, minha mulher me abandonou por eu ter ficado aleijado. Sabe... descobri um outro lado da vida, e cheguei a conclusão que nunca houve amor de verdade entre nós dois...”

“Sabe moça... hoje os meus filhos nem olham mais pra mim e quando aconteceu o acidente, só depois de 4 meses é que a mãe deles contou o que aconteceu comigo. Ela passou a mão nas crianças e foi embora pro Rio de Janeiro.”

Os testemunhos revelam que a família ao tomar conhecimento do diagnóstico, bem como da gravidade das seqüelas adquiridas pela tetraplegia, via de regra, apresentam dificuldades de organizarem suas vidas.

As alterações se fazem abruptamente, ocasionando dor, sofrimento e incertezas.

Podemos constatar através desses relatos, que ocorrem freqüentemente rompimento de laços afetivos, sociais e profissionais. Enfim, ocorrem modificações na estrutura das relações afetivas e sexuais. Devido a essas mudanças citadas, e além das perdas neurológicas, o portador da tetraplegia é suscetível a quadros depressivos.

Portanto, a família deve ser esclarecida o quanto antes da complexidade do problema para que possa ter força e coragem para assumir essa nova realidade.

O único casado entrevistado tinha dois filhos.

Renda/Condições de Vida

A questão da sobrevivência foi bastante relevante, uma vez que um número significativo tem a renda complementada pelo auxílio doença e/ou aposentadoria por invalidez, que não cobrem as despesas, como por exemplo, sondas, fraldas descartáveis etc., como podemos perceber através dos depoimentos:

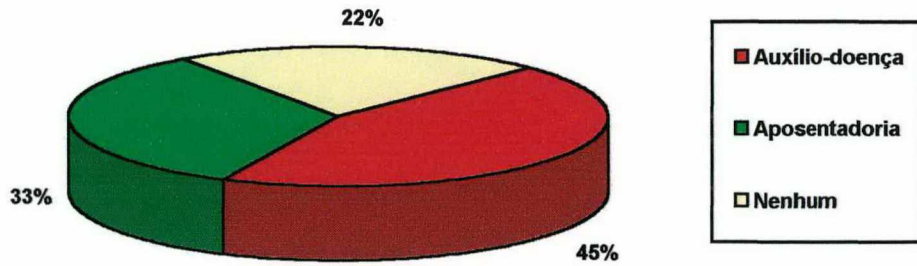
“Mesmo com a ajuda do INPS, não dá pra comprar tudo o que a gente precisa. A mãe está cansada, velha, não güenta mais... de lavar fralda, de me cuidar.”

“Só com o dinheiro da aposentadoria não dá pra vivê... a Maria, minha irmã, foi trabalhá numa casa de família pra ajudá e mesmo assim não tá dando...”

“Toda vida eu trabalhei desde que vim lá de Chapecó. Eu trabalhava como peão de obra. Fiz muita casa pra muito doutor. Também trabalhei como pintor, muitos anos. Agora passo minha vida em cima d’uma cama. O dinheiro do INPS não dá pra nada! E as casas que eu construí, eu nunca pude fazê uma pra mim. Moro de favor e ainda tenho que pedi ajuda pros meus irmãos.”

No gráfico III, a seguir, é demonstrado a fonte de renda, onde o auxílio doença são a maioria, a aposentadoria vem em seguida e por último temos aqueles que não possuem nenhuma fonte de renda.

Gráfico III - Fonte de Renda



Os depoimentos anteriores referentes a questão da sobrevivência indicam como o portador de tetraplegia vive no dia-a-dia, traduzindo as condições de vida e seu enfrentamento na estratégia de sobrevivência e também no cuidado consigo mesmo.

São realidades marcadas pela privação e subalternidade em que as diversidades, as circunstâncias enfim, nos revelam as dificuldades que os portadores de tetraplegia vivenciam na sua realidade social.

Quanto a renda familiar, neste item, obtivemos os seguintes dados:

Quadro II - Renda Familiar

Renda (em SM)	Nº
1 a 3	5
3 a 6	1
Mais de 6	1
Total	7

“Eu e minha mãe recebemos do INPS dois salários, um meu e outro dela pra gente consegui vivê. A mãe faz colcha de crochê pra vendê pra fora...”

“O pai é quem sustenta a casa, com seus míseros 3 salários. É uma vergonha! Sabe, eu era um homem forte e tinha muita saúde, e agora não posso trabalhar mais! Hoje pareço igual a uma criança que precisa da mãe.”

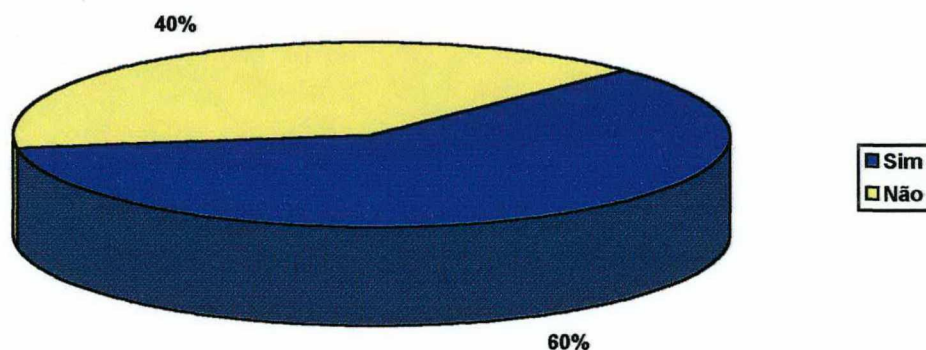
“Sempre trabalhei prá criá, meus filhos. Pra mim, pai de família que não trabalhava, não valia nada! E mulher minha não trabalhava fora! Hoje, nessa cadeira de rodas, quem me ajuda são meus filhos. E a minha mulher está trabalhando como faxineira pra podê ajudá a sustentá a casa. Pois é..., com o dinheiro do INPS, que é pouco, dois salários não dá pra nada!”

Este quadro certamente se repete em outras circunstâncias. A questão mais de destaque, salientada pelos familiares inclusive, é que a nova situação, além de retirar um membro que contribuía para o sustento da família, trouxe maiores despesas e, em um caso, em função das atividades profissionais dos familiares, foi preciso designar uma pessoa para tomar conta do tetraplégico, já que não seria possível deixá-lo sozinho.

Em nenhuma das entrevistas houve menção ao recebimento de auxílio de instituições filantrópicas.

Observe-se, no gráfico IV, a seguir, as respostas à questão: trabalhava com carteira de trabalho registrada antes da deficiência?

Gráfico IV - Situação Trabalhista antes do Acidente



“Toda vida eu trabalhei! Fui pedreiro muitos anos, até que um dia, caí de uma obra, lá do 2º andar. Foi Deus! Escapei! Não tinha carteira assinada. Me mandaram embora, sem me pagar nada! Tenho que dá graças a Deus, que o pai e a mãe recebem o dinheiro da aposentadoria e podem cuidar de mim, só que o dinheiro dá mal pro gasto!”

“Recebendo o salário do INPS, ia melhorá a vida! A gente ia tê mais sossego! Se eu recebesse, ia ajudá nas despesas, mas como eu não recebo nada, vivo envergonhado, dependendo da família pra tudo. Ah! Se eu soubesse que a carteira assinada era importante...”

Podemos constatar que a carteira de trabalho assinada é indispensável para que o portador de tetraplegia esteja qualificado à cobertura da legislação previdenciária, pois o trabalhador que sofre um acidente e que não contribui com a previdência, portanto, não terá direito algum, conforme o que foi comentado no capítulo II.

Causa da Deficiência

Quando questionados sobre o fator causador da tetraplegia, obtivemos os seguintes resultados:

Quadro III - Acidentes que Causaram o Trauma

Tipo	Nº
Acidente automobilístico	5
Acidente de trabalho	2
Total	7

“... Tava cansado, muito cansado, tinha trabalhado muito! Tava viajando pela firma, quando aconteceu o acidente. Eu podia tê ficado lá, mas eu fiquei agoniado prá voltá, prá pagá as contas de uma vez, porque quando a gente viajava, a gente recebia um dinheiro a mais,... e ajudava.”

“Desde que o tempo em que o pai perdeu o trabalho, eu e a mãe é que sustentava a casa. Sabe, né, o pai tinha emprego que até que era bom, mas, foi mandado embora da firma, porque ele não sabia mexer direito nesse tal computador. O patrão dele, não teve paciência e mandou ele embora... Mas, também, tem que ter paciência com esse velho. Eu lembro como se fosse hoje, naquele dia ele incomodou muito, queria todo o meu salário, e eu não queria dá. A mãe chorou, brigamos muito e saí de casa. Fui pro bar da esquina. Fumei! Bebi! Joquei Fiz tudo o que tinha direito. Como eu “fumei” demais, fiquei bem louco naquele dia. Peguei uma moto de um primo meu e voei pela cidade. E acabei assim...”

Os efeitos sociais da política neoliberal como vimos anteriormente, são assustadores; convém assinalar, que os resultados dessas mudanças políticas e econômicas, não beneficia a todos de maneira uniforme. Uns ganham muito, outros ganham menos, outros perdem. No mercado de trabalho a mão-de-obra menos qualificada tem sido descartada. Em consequência disso, temos uma questão social, com um quadro de exclusão agravado pela pobreza e miserabilidade. São milhares de pessoas que vivem em condições precárias, levando-as à insatisfação social, traduzido em revolta e violência.

Enfim, o aumento da crise social do país tem gerado uma sociedade violenta. As consequências dos rumos da política econômica e social certamente repercute no cotidiano das pessoas, deixando as mais tensas e violentas. Há várias maneiras de se manifestar a violência e uma delas tem sido demonstrado no trânsito, ocasionando inúmeras seqüelas às vítimas.

Portanto, a causa da tetraplegia confirma os dados apontados no início do capítulo I, ou seja, que os acidentes de trânsito são os maiores causadores deste tipo de problema de saúde, seguidos pelos acidentes de trabalho, muitas vezes motivados pelo stress.

Tratamento

Quando questionados sobre o tratamento, obtivemos a informação que todos os entrevistados continuam a realizar algum tipo de acompanhamento, seja médico, psiquiátrico, fisioterápico ou outros.

Quanto ao tempo de tratamento fisioterápico, temos os dados no quadro IV, a seguir:

Quadro IV - Tempo de Tratamento após a Alta Hospitalar

Tempo	Nº
1 a 6 meses	2
6 meses a 1 ano	3
Mais de 1 ano	2
Total	7

Todos os pacientes permanecem realizando o tratamento, e todos afirmam comparecer regularmente às sessões de fisioterapia.

“Já faz um ano que a gente faz o tratamento. Depois que meu filho começou a fazê a fisioterapia, a gente não tem faltado nenhum dia. Como é três vezes na semana, às vezes fica difícil pra vim, porque a gente depende de carona dos parentes. Sabe, a gente fica com vergonha, mas, como a gente sabe que é pro bem dele, porque o doutor explicou que o tratamento é bom pra ele se movimentá, porque senão é pior. Se ele ficá só numa cama sem o tratamento, ele não se mexe mais! E isso é bem ruim, né!”

Cabe salientar que a maioria dos entrevistados faz seu tratamento na Policlínica do SUS (90%), ou na Associação Santa Catarina de Reabilitação. Além disso utilizam-se dos serviços oferecidos pela UDESC (CEFID), que é conveniada com o SUS neste tipo de tratamento.

Apenas um, dentre os entrevistados, por ter melhor condição financeira, complementa com outras terapias em diferentes instituições. Com relação a este item, podemos destacar um relato de um paciente:

“... somente há pouco tempo, descobri que a UDESC oferece tratamento de reabilitação, aliás, o tratamento é bem melhor que as instituições particulares. Além disso, a minha família é quem pagava todas as despesas numa academia particular.”

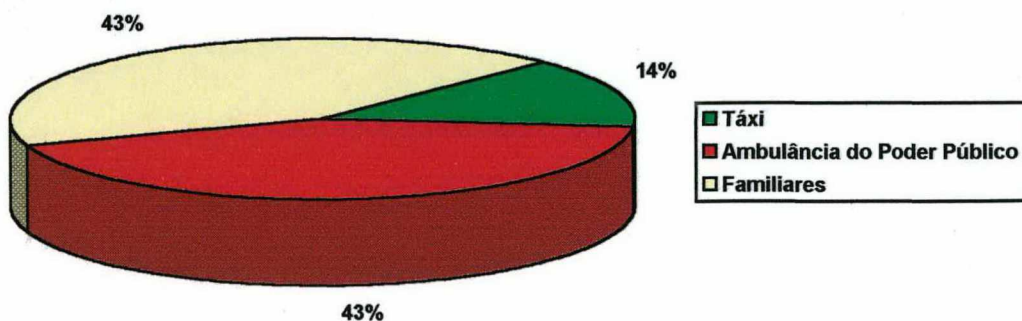
“Meu filho precisava tanto de uma psicóloga, alguém prá ajudá ele, mais a gente não tem dinheiro prá pagá a psicóloga. O pior moça é, que a gente tá devendo na farmácia, e os remédios são caros pra depressão... lá na farmácia, do INPS eles não têm esses remédios de depressão.”

O paciente informou também que, além do tratamento fisioterápico, realiza sessões de acupuntura e de psicanálise, porque são freqüentes suas crises depressivas. O custo destes tratamentos extras atingem cerca de R\$ 300,00/mês.

Percebemos, no transcorrer da pesquisa, que os outros entrevistados também necessitam de um acompanhamento psicológico, entretanto pela incompatibilidade da renda familiar, não podem pagar um tratamento particular e não estão orientados a fazê-lo na rede pública.

O meio de transporte utilizado para comparecer às sessões de reabilitação consta no gráfico V, a seguir:

Gráfico V - Meio de Transporte Utilizado



Os pacientes que se utilizam de veículo de família mencionaram a dificuldade em se obter um transporte público, o que causa transtornos, já que ficam na dependência do auxílio dos familiares.

Relataram-nos, que somente em caso de emergência, é que se utilizam de táxi pois é muito dispendioso para os mesmos. Relembrando que a renda mensal, já citada anteriormente, não comporta gastos extras, pois, mal conseguem sobreviver com sua renda familiar.

“Fico envergonhado de pedir pros meus parentes e irmãos, me levarem pra fazer o tratamento, mas se depender do carro do SUS, é pior, não consigo, não tem... Não tenho dinheiro, prá tá vindo fazer o tratamento de táxi, toda hora.”

Constitucionalmente o SUS é organizado de acordo com suas diretrizes e princípios. Porém, podemos constatar que os portadores de tetraplegia não tem tido acesso aos serviços de saúde como determina a lei. Apesar, desse acesso ser garantido, independentemente de qualquer requisito o Estado não tem cumprido a legitimidade do texto constitucional. Na prática, a maioria desses indivíduos sobretudo os mais necessitados de assistência, ainda encontra dificuldade no acesso aos seus direitos.

Portanto, o portador de tetraplegia, além da necessidade de cuidados na área da saúde, também necessita do amparo do Estado no tocante à sua condição social com vistas ao seu desenvolvimento integral.

Quadro V - Acompanhante ao Tratamento

Tipo	Nº
Esposa	1
Outro familiar	2
Mãe	4
Total	7

Outro fator destacado é que, além do prejuízo ao próprio paciente, em dois casos foi preciso que familiares abandonassem suas atividades, profissionais para atenderem ao tetraplégico, o que gerou, também, uma queda no padrão financeiro daquelas famílias.

“Saí do meu emprego para cuidar do meu filho, mas o dinheiro está fazendo falta, pois tudo é tão caro.”

“Dói meu coração de fazê com que a minha mais nova de 13 anos, vá trabalhá pra cuidá de uma criança. Pois eu tive que saí do meu serviço prá cuidá desse meu filho que ficou nesse estado! Mesmo ela trabalhando pra ajudá na despesa, e o meu marido ganhando o dinheiro da aposentadoria... é assim, reunindo todo nosso dinheiro, mal dá pra comida e a farmácia.”

“Minha filha, mal dá pra farmácia e a comida. O açougue tô devendo, e eu já pedi dinheiro emprestado pro seu Zé, que é um turco, que é meu vizinho. Mas, sabe! Ele cobra juro muito alto. Mas não tenho outra pessoa pra pedi. E não posso mais trabalhá com esse meu filho desse jeito.”

Uso do Aparelho

Todos os entrevistados necessitam usar algum aparelho, seja cadeira de rodas, cama hospitalar, entre outros. Em todos os casos, também, eles dispunham do aparelho. Contudo, quanto a forma de aquisição, tem-se a seguinte tabela.

Quadro VI - Aquisição do Aparelho

Tipo de aquisição	Nº
Doação	2
Compra	5
Total	7

Houve entre os entrevistados, a reclamação da má qualidade do produto, principalmente aqueles que receberam doações, já que normalmente era aparelho anteriormente utilizado. Já os demais mostraram-se satisfeitos com a qualidade do material utilizado.

Os relatos abaixo evidenciam outros problemas enfrentados pelos portadores de tetraplegia, em função de uma cidade que não favorece seu acesso aos diversos locais: as ruas são esburacadas, não há rampas, não há transporte coletivo adaptado a essas necessidades especiais, como também, não há oferta de atividades sociais e culturais para a reintegração deles à sociedade, com qualidade de vida.

“A cidade não está preparada para os deficientes físicos. Não há rampas de acesso, nem formas de se andar tranquilamente na rua, que é importante pra ele se distrair.”

“A estrada é muito ruim, as ruas são cheias de buracos, não dá pra sair com a cadeira de rodas.”

“Se tivesse rampa, era melhor pra ele se distrair, pois a vida dele é ficar numa cama, assistindo televisão e isso é ruim.”

“... Tem que enfrentar o problema, mas seria mais fácil se a gente pudesse andar melhor com ele na rua.”

Com todos esses relatos podemos constatar portanto, que a situação sócio-econômica do portador de tetraplegia é muito precária, pois passa inúmeras dificuldades financeiras para sobreviver, principalmente com as mudanças que ela ocasiona tanto ao tetraplégico como a seus familiares. Apesar de seus direitos estarem garantidos conforme a Constituição Federal, na prática sobre o descaso do governo e das autoridades competentes. Convém assinalar, no que se refere a sua proteção social está muito aquém do mínimo indispensável.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme vimos, a atual sociedade global está passando por inúmeras mutações. Tais mutações tem repercutido diretamente nos rumos da política econômica e social do país, fazendo com que a gravidade da crise de hoje, gere cada vez mais tensões e violência. Violência esta, que perpassa em todos os âmbitos, influenciando a vida das pessoas.

De acordo com o referencial teórico, deste trabalho, constatamos que a violência nas suas várias configurações tem refletido no aumento de acidentes no trânsito, ocasionando traumas que podem provocar uma lesão irreversível da lesão espinhal. Os acidentes automobilísticos são a causa mais freqüente da tetraplegia traumática, acompanhado dos acidentes de trabalho e outros.

Comprovamos que o indivíduo ao se tornar um portador de tetraplegia sofre inesperadamente modificações em sua vida de forma dramática, pois de independente passa a ser dependente de seus familiares. As mudanças ocorrem tanto no campo sócio-econômico como também no campo psicológico e emocional. Portanto, as conseqüências são desastrosas para a família e para a sociedade.

Constatamos que o tetraplégico possui alguns direitos garantidos pela Constituição Federal, porém, esses direitos são limitados para aqueles que contribuem para a Previdência, sem falarmos naqueles que estão no mercado informal. Por exemplo, nenhum serviço público garante transporte para pacientes que necessitam de um tratamento contínuo e nesse sentido fere um dos princípios do SUS que é a questão do acesso universal. Ficam dependendo de favores dos parentes e amigos para poderem locomoverem até ao local da reabilitação. Essa situação de dependência para realizar o tratamento deixa-os bastante constrangidos e humilhados.

Verificamos ainda que eles necessitam de um acompanhamento psicológico e não tem dinheiro para tal, e geralmente ocorrendo muito mais a desinformação das pessoas quanto ao tratamento psicológico, do que a inexistência de serviços de saúde mental. Frequentemente entrando em crises depressivas, necessitando de antidepressivos, os quais não conseguem obter pelo SUS.

Além de não fazerem uso a bens culturais, lazer ficam confinados em suas casas ou em residências de familiares, praticamente isolados do restante da sociedade.

A nosso ver, a Legislação vigente dispõe sobre leis, decretos e portarias voltados a esses indivíduos, todavia não são efetivados no dia-a-dia, principalmente a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos com a eliminação de obstáculos arquitetônicos (o portador de tetraplegia teria direito a rampas nas ruas, elevadores nos ônibus etc.).

A partir destas constatações, concluímos que o Serviço Social necessita maior clareza quanto a esta problemática, como também definir os objetivos, na direção do acesso às informações e direitos. Isto significa construir uma prática profissional fundamentada na inclusão social e no compromisso com a cidadania. E para isso, há necessidade de estar sempre buscando embasamento

na análise da realidade e na legislação social que dão suporte à prática profissional.

SUGESTÕES

Diante do exposto, sugerimos:

- Que o Serviço Social dê mais ênfase à orientação na ocasião da alta hospitalar, principalmente no que se refere à aquisição de aparelhos, medicamentos, indicação de locais para a realização da reabilitação e de outros tratamentos, bem como os benefícios a que tem direito, como aposentadoria por invalidez, auxílio doença e o BPC;
- Que o Serviço Social se articule com os conselhos de saúde, de assistência e com as prefeituras municipais, objetivando uma ação integrada em prol do portador de tetraplegia;
- Faz-se necessário ao Serviço Social rever e aprofundar os objetivos gerais básicos estabelecidos pela Instituição, para uma maior eficácia no tratamento dispensado aos usuários.

A N E X O S

ROTEIRO DA ENTREVISTA

1. Nome: _____

2. Idade: _____

3. Nacionalidade: _____

4. Escolaridade: _____

5. Endereço: _____

6. Cidade: _____

7. Sexo: () Masculino () Feminino

8. Ocupação:

a) Antes da deficiência: _____

b) Depois da deficiência: _____

9. Estado Civil:

() casado () divorciado

() solteiro () companheiro

() viúvo () outros

10. Tem filhos? () sim () não

Quantos? _____

Idade: _____

11. Você sobrevive de:

() Aposentadoria

() Pensão

() Ativo (se está na ativa)

() Auxílio doença

() Benefício de Prestação Continuada

() Nenhuma

a) Quanto recebe?

b) Quando se aposentou?

c) Esses benefícios são da Previdência?

d) Trabalhava com carteira de trabalho registrada antes da deficiência?

sim

não

12. Renda Familiar (Total):

a) Recebe algum mantimento de alguma instituição (Igreja etc...)?

b) Como conseguiu este benefício? (Através de quem?)

13. Quantas pessoas moram nesta casa?

14. Deficiência:

a) Tipo (descrever detalhadamente)

b) Quando adquiriu? (idade

)

c) Como adquiriu?

acidente de trabalho

acidente de trânsito

violência (arma de fogo, arma branca)

outros. Especifique:

15. Aparelho (cadeira de rodas, muletas etc.)

- a) Você necessita de aparelho? () sim () não
- b) Você tem o aparelho? () sim () não
- c) Onde conseguiu? (Como conseguiu?)
- () SUS - Policlínica () Funrural
- () comprado () doação
- () alugado () outros. Especifique: _____
- () emprestado _____
- d) Sabe como conseguir? () sim () não
- e) Situação do aparelho (qualidade) (quebra com facilidade?) _____
- _____

16. Tratamento

- a) Fez ou não? _____
- b) Onde faz tratamento? _____
- c) Quando começou? _____
- d) Por quanto tempo? _____
- e) Vai regularmente? _____
- f) Qual a finalidade do tratamento? _____
- _____
- _____
- g) Já fez outros tratamentos anteriormente? () sim () não
- h) Por quanto tempo? _____
- _____
- i) Qual foi a finalidade? _____
- _____
- j) Quem paga o tratamento? _____
- _____

l) Por que parou de fazer o tratamento? _____

m) O que está fazendo para fazer o tratamento? _____

n) Como adquire os medicamentos?

compra consegue pelo SUS

outros. Especifique: _____

17. Transporte:

a) Que tipo de transporte utiliza para ir ao tratamento?

carro do poder público

carro próprio

táxi

ônibus

outros. Especifique: _____

b) Quem o acompanha para o tratamento? _____

Observações:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALAYÓN, Norberto. **Assistência e assistencialismo: controle dos pobres ou erradicação da pobreza?** 2.ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- ANTUNES, Ricardo. Dimensões da crise e as metamorfoses do mundo do trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v.17, n.50, p.78-86, abr. 1996.
- BARBOSA, Mário da Costa. **Planejamento e serviço social.** 4.ed. São Paulo: Cortez, 1991.
- BORDENAVE, Juan e Diáz. **O que é participação.** São Paulo: Brasiliense, 1985. Coleção Primeiros Passos.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil - 1988.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 1989.
- BRUNNER, Liliam, SUDDARTH, Dous S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1982, v.4.
- BUARQUE, Cristovan. **O colapso da modernidade brasileira e uma proposta alternativa.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.

- CARMO, Apolônio Abadio do. **Deficiência física: a sociedade brasileira, cria, recupera e discrimina.** Brasília: Secretaria dos Desportos, 1991.
- CARTAXO, Ana Maria Bauma. **Estratégias de sobrevivência: a previdência e o serviço social.** São Paulo: Cortez, 1995.
- COGGIOLA, Osvaldo, KATZ, Cláudio. **Neoliberalismo ou crise do capital?** São Paulo: Xamã, 1995.
- COHN, Amélia et al. **A saúde como direito e como serviço.** São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991.
- COHN, Amélia, ELIAS, Paulo Eduardo. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços.** São Paulo: Cortez, 1996.
- DALLARI, Sueli G. **Os estados brasileiros e o direito à saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1995.
- _____. **A constituição brasileira e o sistema único: aspectos legais do SUS.** s.d.
- EULÁLIA, Divanir, MUNHOZ, Naréssi. Trabalho interdisciplinar: realidade e utopia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v.17, n.51, p.167-171, ago. 1996. Ano XVII.
- FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do Estado capitalista: as funções da previdência e da assistência social.** São Paulo: Cortez, 1982.
- _____. **O que é política social.** São Paulo: Brasiliense, 1986. Coleção Primeiros Passos.
- FERRAZ, Hermes. **A violência urbana: ensaio.** São Paulo: J. SCORTECCI, 1994.
- FERREIRA, Marcos Ribeiro, BATOMÉ, Sílvio Paulo. **Deficiência física e inserção social: a formação dos recursos humanos.** Caxias do Sul: Fundação Universidade de Caxias, 1984.
- HELENE, Otaviano. A reforma da previdência social. In: BIANCHI, et al. **A crise brasileira e o governo FHC.** São Paulo: Xamã, 1997.

- KOTKE, Frederic J. **Tratado de medicina física e reabilitação de Krusen**. 2.ed. São Paulo: Manole, 1984.
- KOWARICK, Lúcio. **A espoliação urbana**. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- _____. Processo de desarrollo del Estado em America Latina. **Acción Crítica**. Lima: CELATS, ALAETS, 5, abr. 1979.
- MARROTTA, Joseph T. Traumatismos da medula. In: ROWLAND, Lewis P. **Merritt: tratado de neurologia**. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.
- MINAYO, Maria Cecilia de S. (org.). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1992.
- _____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994. Coleção Temas Sociais.
- MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social**. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. Seguridade social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.50, ano XVII, p.191-195, abr. 1996.
- NASI, Luiz Antonio. **Rotinas em pronto socorro: politraumatizados emergenciais ambulatoriais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- OLIVEIRA, Heloisa Maria J. de. **Assistência social: do discurso do Estado à prática do serviço social**. 2.ed. rev. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996.
- OLIVEIRA, Raimunda N. Cruz. **A mediação na prática profissional do assistente social** (Texto usado em aula), s.d.
- OLIVEN, Ruben George. **Violência e cultura no Brasil**. 4.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.
- PAULO, Danilo N.S. et al. Generalidades sobre o trauma. In: SILVA, Alcino Lazaro da. **Cirurgia de urgência**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1985.

- POSSAS, Cristina de Albuquerque. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- PUTY, Zinalda C.B., BARCELLOS, Cláudio F., DANIEL, Eduvaldo. **Violência urbana**. Rio de Janeiro: CODECRI, 1982.
- RELATÓRIO FINAL. VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. 12p.
- RIBAS, João B.C. **O que são pessoas deficientes**. São Paulo: Brasiliense, n.62, 1985. Coleção Primeros Passos.
- SILVA, Alcino Lázaro da. **Cirurgia de urgência**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1985.
- SOUZA, Norma Amélia s.L. de. Saúde e cidadania: reflexões sobre a prática profissional do assistente social. In: **Caderno de Comunicação**. 8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (tese 25), 1995. p.58-60.
- SPOSATI, Aldaíza de O. et al. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- _____. **Os direitos (dos desassistidos) sociais**. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. São Paulo: Cortez, 1993.