

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE JESUS SOUZA

**DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS NO ÂMBITO HOSPITALAR:
UM ESTUDO SOBRE OS FUNCIONÁRIOS DA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL
REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS (HRS AJ)**



Fonte: Andréia Sued, 2012.

MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE JESUS SOUZA

**DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS NO ÂMBITO HOSPITALAR:
UM ESTUDO SOBRE OS FUNCIONÁRIOS DA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL
REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS (HRSAJ)**

Monografia de Graduação apresentada ao Colegiado de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Prof. Orientador: Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo.

CACHOEIRA – BA

2012

MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE JESUS SOUZA

DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS NO ÂMBITO HOSPITALAR:
UM ESTUDO SOBRE OS FUNCIONÁRIOS DA ADMINISTRAÇÃO DO HOSPITAL
REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS (HRSAJ)

Cachoeira – BA, aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
(Orientador)

Prof.^a Ms. Simone Brandão de Souza
(Membro Interno)

Prof.^a Dr.^a Valéria dos Santos Noronha Miranda
(Membro Interno)

“De tudo ficaram três coisas: a certeza de que estamos começando, a certeza de que é preciso tentar e a certeza de que possamos ser interrompidos antes de terminar. Fazendo da interrupção um caminho novo, fazendo da queda um passo de dança, do medo uma escola, do sonho uma ponte, da procura um encontro, e assim, terá valido a pena existir!”

(Fernando Sabino)

AGRADECIMENTOS

Em especial, a Deus por ter me concedido o dom de viver, por zelar pela minha vida, por guiar e iluminar meus caminhos ao longo da trajetória acadêmica e, sempre, fortalecendo-me nos momentos mais difíceis.

Ao meu esposo Zuca, filhos, Josane e Josemar, e minhas irmãs por suas orações, compreensão e estímulo nessa caminhada, pela oportunidade em alcançar mais um objetivo na minha vida em meio a tantos obstáculos e dificuldades durante estes quatro anos de graduação, e por acreditarem também no meu esforço e potencial na concretização desse sonho.

Aos meus pais: Otávio e Maria Idalina (*In Memoriam*) e minha querida irmã Regina (*In Memoriam*), por serem tão especiais em minha vida e proporcionado momentos que o tempo nunca poderá apagar e hoje só resta a saudade, contudo, tenho certeza de que estão com Deus, felizes por esta conquista.

Às professoras: Ms. Simone Brandão e Dr^a. Valéria Noronha, por terem aceitado participar da banca examinadora deste trabalho e não medirem esforços para transmitir seus vastos conhecimentos, durante a graduação, e assim, fazer-me crescer profissionalmente.

Em especial, ao professor Ms. Henrique Rozendo, por ter-nos orientado na realização deste trabalho, com suas sugestões, críticas, sabedoria e, sobretudo, ética e profissionalismo, enriquecendo, assim, o meu aprendizado, além da paciência e compreensão diante das dificuldades na construção desta Monografia.

À Coordenação de Serviço Social do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), à assistente social, Fernanda Macedo pelo acolhimento e apoio concedido durante a realização da pesquisa de campo nesta Instituição.

RESUMO

O presente estudo tem como objeto o conhecimento dos direitos previdenciários pelos funcionários da administração do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ). O tema escolhido justifica-se pela realização do estágio curricular obrigatório ter sido nesta Instituição, possibilitando uma maior aproximação com estes trabalhadores e com a sua inserção de forma precarizada no mercado de trabalho, já que se trata de uma Instituição terceirizada. A pesquisa foi desenvolvida no referido hospital, que é gerenciado e administrado pelo Instituto Fernando Filgueiras (IFF), sendo esta uma fundação também terceirizada, porém financiada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), direcionado pela Política Nacional da Saúde (PNS) e Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, as pesquisas bibliográfica e documental foram fundamentais para embasar teoricamente, através de diversos autores, nossa discussão sobre as categorias: Trabalho, Direitos previdenciários e Serviço Social, bem como na pesquisa de campo com utilização de questionários, com os funcionários de carteira assinada, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que trabalham na administração do hospital, pelos quais colaboraram sensivelmente com o resultado do estudo, configurando-se numa pesquisa de cunho qualitativo e quantitativo. Nesta perspectiva, os resultados da pesquisa nos revelaram que o trabalho desenvolvido no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, como fruto da relação mediada entre a força da atividade humana e os meios/instrumentos, é realizado de forma precarizada nas suas relações, com forte flexibilização na forma de contratação e submissão desses funcionários aos chefes e diretores do HRSAJ, aliado a outros fatores em que os mesmos ficam em condições desfavoráveis perante a Instituição, por esta ser terceirizada, sem vínculo empregatício estável, pela ausência de concurso público para sua efetivação. De acordo com a pesquisa, constatamos, também, que os funcionários desconhecem os direitos previdenciários, bem como a forma de acessá-los. Nesse sentido, acreditamos que o Serviço Social, dentro da Instituição hospitalar, pode contribuir com o processo de socialização das informações na defesa e ampliação do acesso aos direitos sociais e previdenciários.

Palavras-chaves: Trabalho. Direitos Previdenciários. Serviço Social.

ABSTRACT

This study current study has as its object the knowledge of social security law by outsourced employees of administration staffs of Regional Hospital of Santo Antônio de Jesus (HRSAJ). The chosen theme is justified by the achievement of the mandatory curricular stage in this institution, allowing a closer relationship with these workers and their precarious insertion in the job market, because it is an outsourced institution. The research was developed at the hospital that is managed and administered by the Fernando Filgueiras Institution (IFF), being that, this institution is outsourced, but financed by Health Government Department of Bahia (SESAB), directed by the Health National Policy (PNS) and Health System (SUS). Therefore, the bibliographic and documentary research were essential for theoretical basis, through various authors, our discussion of the categories: Work, Social Security Laws and Social Services, as well as field research using questionnaires with employees with signed labour's card which work on the administration of the hospital, which collaborated substantially with the study outcome, configuring the research as a qualitative and quantitative mark. Thus, the research results showed that the developed work at the Regional Hospital of Santo Antônio de Jesus, as a result of the mediated relationship between the strength of human activity and the means/instruments, is performed so precarious in its dealings, with strong flexibility on the form of recruitment and submission of these employees to the heads of department and directors of HRSAJ, combined with other factors in which they are in unfavorable conditions public open competition the institution, as it is outsourced, without stable employment link, by the lack of public tender for its effectuation. According to research, we also found that the employees don't know the Social Security Laws, as well as how to access them. So we believe that Social Work within the hospital institution can contribute to the process of socialization of information in defense and expansion of access to the social rights and Social Security Laws.

Keywords: Work. Social Security Laws. Social Work.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 O TRABALHO NA CENA CONTEMPORÂNEA: ELEMENTOS PARA O DEBATE	14
2.1 O trabalho na sociedade capitalista	14
2.2 Elementos contemporâneos do trabalho	22
2.3 Precarização e terceirização nas relações de trabalho	24
3 PROTEÇÃO SOCIAL E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL	32
3.1 A previdência social na realidade brasileira	36
3.2 As reformas previdenciárias	41
3.3 Os regimes de previdência no Brasil	46
3.4 Segurados do Regime Geral da Previdência Social	48
3.5 Alguns conceitos importantes na Previdência Social	49
3.6 Plano de Benefícios da Previdência	54
3.7 Benefícios do Regime Geral da Previdência Social	55
4 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A MATERIALIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS E PREVIDENCIÁRIOS	64
4.1 Elementos para discussão sobre o Serviço Social na saúde	65
4.2 A informação como esclarecimento dos direitos sociais	71
4.3 Socialização das informações previdenciárias	73
4.4 A materialização dos direitos previdenciários no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ).....	75
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
REFERÊNCIAS	81
APÊNDICE.....	86
ANEXO.....	93

1 INTRODUÇÃO

No cenário contemporâneo, as novas exigências do processo de trabalho levaram à redução dos direitos sociais, sendo atingidos diretamente os direitos trabalhistas e previdenciários conquistados historicamente pelos trabalhadores. Esta atual dinâmica de exigências ao trabalhador, aliada à flexibilização e aos desmontes das políticas públicas, faz-se emergir novos modos de trabalhos, nas formas de subcontratados, terceirizados, temporários, com ênfase na jornada dupla feminina, indispensável à reprodução do capital.

Assim, é refletida a exclusão dos trabalhadores do mercado formal, criando uma nova alternativa funcional de inclusão econômica. Pois, ao terceirizar a produção de mercadorias e ou serviços, sobretudo na área de saúde, o capital, através deste mecanismo, consegue reduzir custos e outros encargos. Como afirma Antunes (2007), a atual tendência dos mercados de trabalho é reduzir o número de trabalhadores centrais e empregar cada vez mais uma força de trabalho que é admitida facilmente e demitida sem custos. Desta forma, os funcionários são excluídos do trabalho estável e incluídos no trabalho informal de forma precária e desprotegidos, correndo o risco de desemprego permanente. Com isso é configurado a terceirização, em que o Estado se desresponsabiliza pelos direitos, encargos sociais e trabalhistas e transfere para empresas terceiras essa responsabilidade de forma mais precarizada ainda.

Nesse contexto, sentimos a necessidade de tratar, de modo mais enfático, estas questões e desdobrá-las na análise da inserção dos funcionários da administração do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ) sobre os direitos previdenciários, no âmbito hospitalar da rede pública de saúde, porém administrado por uma fundação terceirizada.

Assim, a motivação para o desenvolvimento desta pesquisa surgiu durante a realização do meu estágio supervisionado no hospital, o que me possibilitou a aproximação com estes trabalhadores com carteira assinada, portanto, segurados pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), acerca da percepção dos direitos previdenciários garantidos por lei. Neste sentido, houve um contato mais aprofundado com o tema em foco, facilitando, assim, uma articulação da teoria com a prática.

No contexto da análise realizada, as pesquisas bibliográfica e documental foram fundamentais para embasar teoricamente a discussão sobre as categorias: Trabalho, Direitos previdenciários e Serviço Social, referendada principalmente pelos autores: Antunes (2000, 2001, 2003 e 2007), Behring e Boschetti (2007 e 2008), Braz e Neto (2007), Bravo (1996 e 2001) Iamamoto (2001, 2002 e 2008), Sarmento (1994), Simões (2007), Kertzman (2005), entre outros, analisando criticamente a realidade de acordo com o método materialista histórico-dialético.

Realizamos, também, uma pesquisa de campo com 28 (vinte e oito) funcionários da administração do Hospital Regional, utilizando a técnica do questionário, com 30 (trinta) perguntas, fechadas e abertas, respondidas pelos funcionários da administração do HRSAJ (ver Apêndice A). Assim, a pesquisa enunciada permitiu-nos uma aproximação com tais trabalhadores, acerca de sua percepção sobre os direitos previdenciários e suas relações de trabalho no âmbito hospitalar público, porém, terceirizado.

A pesquisa de campo no referido hospital nos trouxe alguns desafios, quais sejam: por parte da Instituição foi dificultada sensivelmente a liberação dos questionários pelo Departamento Jurídico do HRSAJ, que só após uma longa espera fora analisado o conteúdo da entrevista, resultando na retirada de algumas perguntas fundamentais para a informação de dados, fragmentando, assim, a realização da pesquisa; como também a liberação de documentos da Instituição fora dificultada, com a necessidade de deslocamento à Salvador a fim de solicitar uma autorização da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) para que o hospital liberasse esses documentos administrativos, conforme ofício emitido pelo orientador da pesquisa (ver Apêndice D) e mesmo assim alguns foram negados, a exemplo do Regimento Interno da Instituição, entre outros.

Nessa direção, percebe-se, também, que os funcionários da administração são subalternos aos seus superiores de forma inferiorizada, temerosos de serem repreendidos ou até mesmo demitidos a qualquer momento. Isso ficou constatado no decorrer da realização da pesquisa, pois era bem visível a dificuldade desses trabalhadores ao responder alguns itens do questionário e na grande maioria nem responderam.

Assim, configura-se a precarização de trabalho e suas relações, no cenário contemporâneo, imersa na política de cunho neoliberal pautado no desmonte dos direitos sociais e na restrição do papel do Estado para com a sociedade.

As repercussões dessas transformações para a classe trabalhadora são desastrosas, pois a precarização / terceirização das formas de trabalho acarretaram a flexibilização da classe trabalhadora; além de fragmentar estes funcionários, possibilitou que fossem retirados deles direitos historicamente conquistados, o que, segundo Antunes (2000), ocasionou o enfraquecimento do movimento sindical e o seu controle através do “sindicato de empresa”. Assim, as repercussões da ofensiva neoliberal tem como consequência “uma redefinição das relações entre Estado e sociedade civil, que representa dentre outros aspectos, o afastamento do Estado na área social” (TEIXEIRA, 2003, p. 88).

Nesse contexto, ao construirmos as bases teóricas, que fundamentam o nosso trabalho, faz-se necessário apontar alguns objetivos para a sua concretização, com isso, apresentamos por objetivo geral investigar a compreensão dos funcionários com carteira assinada sobre os direitos previdenciários no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ).

Sendo assim, é perceptível que a nossa pesquisa revela uma aproximação com a classe trabalhadora e que os nossos valores e ideologias sempre merecem destaque, utilizando das mediações que se fazem necessárias para análise dos fatos. Assim, afirmamos que o presente estudo está organizado e fundamentado com capacidade de análise dos conteúdos, pautado no método histórico-dialético, que transpõe a barreira do aparente, desmistificando o real de acordo com o contexto social que lhe é gerado e que o particulariza.

Nessa direção, para realizarmos o nosso trabalho, utilizamos a pesquisa quantitativa e qualitativa como recurso metodológico, tendo em vista a complementariedade das mesmas (MINAYO, 1994). Assim, iniciamos pela pesquisa bibliográfica e em seguida a documental, buscando o conhecimento das normas, leis, regulamento, aparato teórico e outros documentos da Instituição.

Com esse propósito, delimitamos como área de abrangência os funcionários da administração do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ). A Instituição está localizada no município de Santo Antônio de Jesus na região do Recôncavo Sul e possui uma área de 261 Km². Seu acesso ocorre pela BR-101 e fica a 187 km da capital do Estado - Salvador, por via territorial – via ferry-boat 100 km. Sua população é de 90.985 habitantes (IBGE, Censo 2010). De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Bahia (PDR), Santo Antônio de Jesus situa-se

na macrorregião nordeste como município polo de microrregião, tem importância em todo o Recôncavo, sendo assim considerada a “Capital do Recôncavo”.

O Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ) está localizado à Rua Cosme Damião, s/n – Bairro: Andaiá, próximo do terminal Rodoviário; sua construção é recente, inaugurado no dia 21 de dezembro de 2009, é administrado/gerenciado pelo Instituto Fernando Filgueiras (IFF), sendo esta uma Instituição terceirizada¹, financiada pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), direcionado pela Política Nacional de Saúde (PNS) e Sistema Único de Saúde (SUS), conforme contrato firmado entre as partes: Instituto Fernando Filgueiras (IFF) e Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) em 16 de novembro de 2009, publicado no Diário Oficial nº 20139 do Estado da Bahia em 25/11/2009.

Sua estrutura conta com 136 leitos, distribuídos nas enfermarias de pediatria (33 leitos), clínica cirúrgica (51 leitos) e médica (36 leitos), psiquiatria (06 leitos) e UTI geral adulto (20 leitos). Dispõe de centro cirúrgico de recuperação pós-anestésico (CRPA), centro de material esterilizado (CME). Serviço Social, Nutrição, Farmácia, lavanderia, almoxarifado, manutenção geral e arquivo (Secom-BA) e recentemente foi inaugurada a unidade de queimados, o novo setor conta com dez leitos, duas enfermarias, uma sala de isolamento, sala de cirurgia exclusiva, equipada com banheira, uma sala de curativos sob sedação e um posto de enfermagem.

O HRSAJ é equipado para realizar atendimentos de média e alta complexidade e suprir a demanda da região do recôncavo; funciona com perfil de hospital de grande porte com atendimentos de urgência e emergência 24 horas com diversas especialidades médicas. Conta ainda com dois serviços de ouvidoria como formas diversas de contato: sugestões, reclamações e manifestações em geral. Foi também implantada a Internação Domiciliar (ID), para promover a desospitalização através do processo de alta assistida.

¹ Granemann (2008) afirma que a contra-reforma iniciada no governo Fernando Henrique Cardoso permitiu à iniciativa privada transformar quase todas as dimensões da vida social em negócios, permitindo a entrega das estatais ao mercado pela via das privatizações/terceirizações. O projeto de Fundação Estatal de Direito Privado, apresentado no governo Lula, é uma atualizada parceria público-privado, das Organizações Sociais, das organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e das Fundações de Apoio que tentam privatizar/terceirizar o serviço público. As reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e eficiência do serviço público significam o aumento do Estado para o capital, ou seja, a privatização/terceirização.

Vale ressaltar que o HRSAJ é gerenciado e administrado por uma Fundação terceirizada, isto tem seus rebatimentos negativos nos diversos aspectos políticos, econômicos e sociais, afetando toda uma estrutura organizacional como fragilidade técnico-operativa, subalternidade institucional, precarização do trabalho e suas relações, entre outros. Dessa forma, fica perceptível que na saúde prevalece a lógica mercadológica e não a garantia de direitos.

Contudo, as modernas instalações do hospital servem também para a formação profissional, apoiando as atividades acadêmicas da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Conforme o exposto, percebemos a relevância acadêmica do presente estudo no sentido de fazer uma articulação das teorias estudadas, no decorrer do processo de graduação, com a prática profissional, aqui mais especificamente sobre os direitos sociais e previdenciários no âmbito hospitalar, numa política de inúmeras transformações decorridas em diferentes períodos históricos.

Nesse contexto, o trabalho se organiza da seguinte forma:

Na primeira parte, discorreremos sobre o trabalho na sociedade capitalista e seus rebatimentos na atualidade, sinalizando, nesta análise, as transformações ocorridas, advindas do processo de reestruturação produtiva do capital e suas implicações à classe trabalhadora, na contemporaneidade, atingida pela ofensiva neoliberal.

Quanto à segunda parte, explanamos sobre a Previdência Social como política de seguridade social, debate do redimensionamento desta política, ampliação de direitos, universalização de sua cobertura para os regimes urbanos e rurais e atribuição ao Estado da competência de organizar a seguridade social que compreende: a assistência, saúde e previdência, além de explanar as reformas previdenciárias, os regimes, os segurados e benefícios do regime geral e os planos de benefícios. Neste sentido, percebe-se o quanto é importante a Previdência Social na vida dos trabalhadores, pois esta política age, sobretudo, com o intuito de assegurar direitos da classe trabalhadora, tornando, de certa forma, sua vida produtiva mais segura, com objetivo de proporcionar benefícios para o segurado, à medida que este contribui financeiramente para a Previdência Social.

Na terceira parte, analisamos o trabalho proposto à materialização dos direitos sociais e previdenciários no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), compreendendo o Serviço Social na saúde como um importante espaço

de materialização de direitos do trabalho profissional, pois o assistente social tem por objetivo levar conhecimento e esclarecimento das informações que dizem respeito aos usuários, tanto no nível de seus direitos institucionais quanto aos direitos constitucionais.

Segundo Silva (2001), as demandas do Serviço Social precisam ser analisadas no contexto da globalização, que marca a conjuntura vigente pela subalternização e precarização do trabalho e suas relações, desmonte dos direitos sociais, civis e políticos e pela ausência da base social do Estado.

Assim, para o exercício da profissão, na contemporaneidade, exige-se do assistente social um conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo para propiciar a compreensão da realidade, que possibilite a definição de estratégias, a fim de consolidar o projeto profissional.

2 O TRABALHO NA CENA CONTEMPORÂNEA: ELEMENTOS PARA O DEBATE

O trabalho na sociedade capitalista caracteriza-se como mecanismo para produzir bens indispensáveis ao capital; dessa forma, torna-se estranho ao indivíduo, transformando-o em mera mercadoria. Nesse aspecto, objetiva-se apontar os elementos que caracterizam o sistema capitalista como responsável pelo processo de alienação do trabalho, desconstruindo a realização do ser social, consequência gerada pela apropriação da mais valia.

Segundo Marx (1983), a vida humana é constituída de necessidades para a reprodução da vida social; assim, o trabalho concretiza-se pelo pensamento/idéia do homem, através da transformação do mundo objetivo, em que o homem teleologicamente prevê os resultados a serem obtidos, transformando-se ao adquirir novos conhecimentos e habilidades.

As transformações socioeconômicas resultantes do trabalho, inicialmente, a agricultura e a produção de ferramentas que foram se tornando cada vez mais desenvolvidas, evidenciam um processo histórico de produção e reprodução do ser social que é realizado pelo trabalho. Contudo, o processo de trabalho vivenciado no sistema capitalista revela a barbárie de um trabalho precarizado e desconfigurado que transforma o trabalhador em mercadoria.

2.1 O trabalho na sociedade capitalista

A categoria trabalho, comporta em si, a produção de conhecimentos produzidos pelos indivíduos em sociedade na construção de respostas às necessidades humanas; assim, traz em seu cerne, possibilidades de transformação dos sujeitos e da realidade concreta. Essa produção de conhecimentos está intrinsecamente ligada ao período histórico, econômico e social em que se situa a humanidade, e apresenta configurações próprias deste momento em questão.

No modo de produção capitalista, com suas lógicas particulares, as quais, em linhas gerais, não permitem que os indivíduos articulem os saberes sobre a vida em sociedade através de suas relações sociais e de suas práticas relacionadas ao

trabalho, pois nesse sistema, o processo do trabalho está diretamente relacionado à questão da propriedade e posse dos meios de produção.

Tiriba (2001, p. 12) nos indica que “aos trabalhadores tem sido negado o acesso aos instrumentos teórico-metodológicos que lhes permitam compreender os fundamentos econômico-filosóficos do mundo do trabalho”, e isso se dá pela necessidade de ocultar aos indivíduos a real exploração a que são submetidos mediante as diretivas do capitalismo.

Compreendemos que o capitalismo dispõe de mecanismos próprios de auto sustentação, com bases fundadas na produção de mercadorias e na exploração dos trabalhadores a partir de sua condição de assalariamento e, conseqüentemente, na concentração de renda nas mãos de uma classe minoritária, enquanto a maioria dispõe somente da venda de sua força de trabalho como meio de sobrevivência.

Nesse sentido, a pesquisa desenvolvida no Hospital Regional (HRSAJ), através de entrevista semiestruturada no total de 28 (vinte e oito) questionários com os funcionários da administração, possibilitou-me entender que, ao entrevistar estes funcionários, constatamos a precariedade no trabalho e suas relações, não há estabilidade no emprego por falta de realização de concurso público para sua efetivação. Isso ocorre por se tratar de Instituição pública, porém terceirizada.

O HRSAJ conta atualmente com um quantitativo de 646 (seiscentos e quarenta e seis) funcionários com registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), sendo que 113 (cento e treze) destes, desempenham suas atividades em horário administrativo, (ver Anexo 3) e é este o foco da presente pesquisa a partir de amostragem que contemplou 24% desse contingente demonstrado no gráfico 01.

O perfil observado entre os funcionários entrevistados é a grande maioria do sexo feminino (67%) e se autodeterminam pardos. Se definem como negros 22% entre os homens e 19% entre as mulheres. Apenas 15% do total de entrevistados se autodefiniu enquanto branco, todos mulheres.

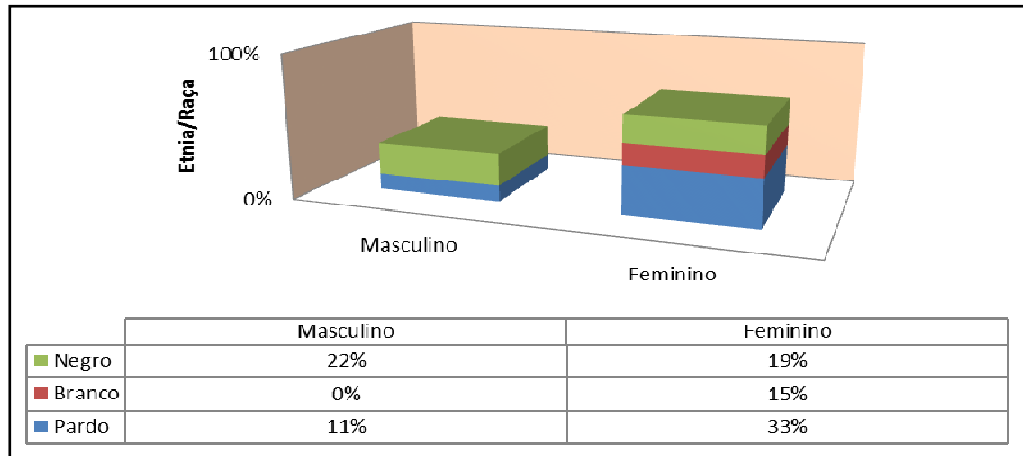


GRÁFICO 01 – Perfil dos entrevistados com relação a gênero, raça e etnia.
Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Além desses dados, foi possível observar um perfil com baixa escolaridade, uma vez que 69% dos funcionários pesquisados possuem até o ensino médio, nível acentuado quando observamos a faixa etária de 18 a 25 anos, formando uma grande maioria de profissionais de nível médio no setor administrativo do HRSAJ, como podemos observar no gráfico a seguir:

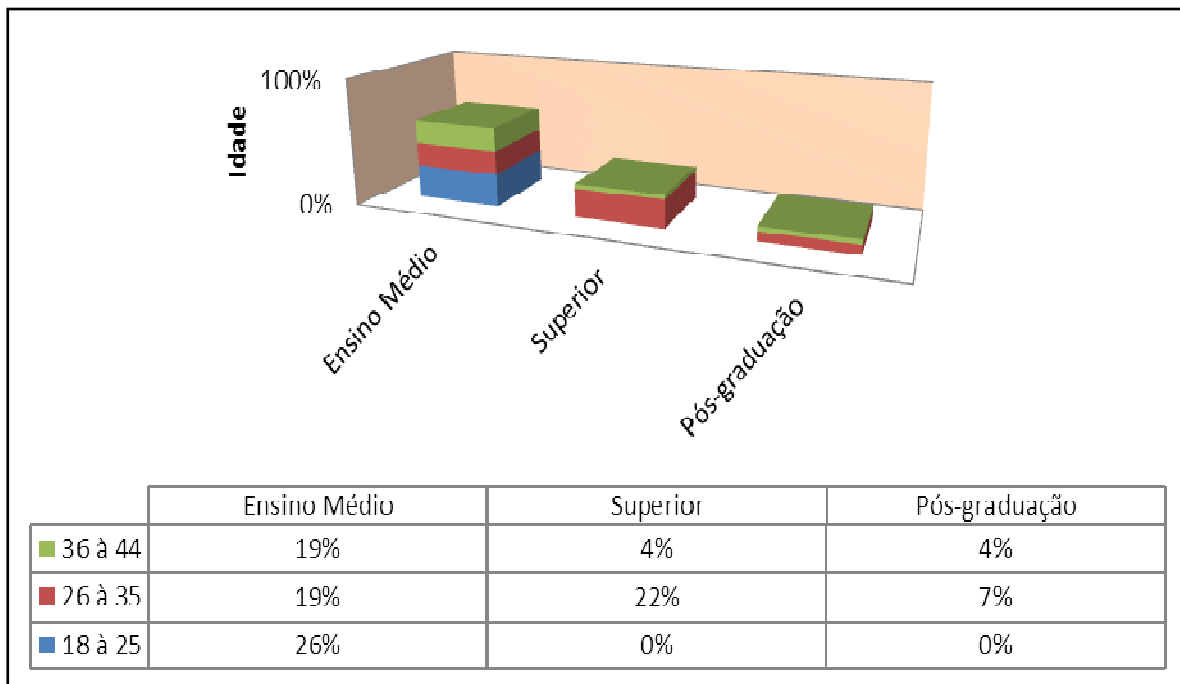


GRÁFICO 02 – Perfil dos entrevistados com relação à idade e escolaridade.
Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Entre os funcionários com 26 a 35 anos, o nível superior é preponderante, totalizando 22% de um total de 26% que possuem até a graduação. Apenas 11% dos entrevistados são pós-graduados.

Esses dados refletem, em um perfil geral, que os funcionários são em maioria mulheres, se autodefinem pardas e possuem uma carga horária semanal variando entre 40 a 44 horas de trabalho.

Nessa perspectiva, a pesquisa realizada no HRSAJ, trouxe-me diversos questionamentos pertinentes ao trabalho em campo, sendo esta uma das perguntas direcionadas aos funcionários: “Existem situações em que você percebe a negação de direitos por parte do hospital? Em caso positivo, elenque quais situações”:

Sobre esta pergunta, prefiro nem comentar (entrevistado A).

Quando você sofre um acidente dentro do trabalho e não pode receber um atestado por ser uma queda livre, achando o médico. (entrevistados B e C).

A instituição não paga salário família, hora extra que não tiramos e uma hora de descanso que não tem (entrevistada D).

Assim, o trabalho na sociedade capitalista, marcada pelos ordenamentos do capital, apresenta-se enquanto uma categoria fundante na vida dos indivíduos, que assume múltiplos campos da vida em sociedade, como nos afirma lamamoto (2008):

A vivência do trabalho tem centralidade na vida dos indivíduos sociais e extrapola o ambiente da produção e se espalha para outras dimensões da vida, envolvendo as relações familiares, a fruição dos afetos, o lazer e o tempo de descanso, comprometendo as reposições das energias físicas e mentais, a duração da vida e os limites da noite e do dia (p. 17).

Sendo assim, percebe-se, de acordo com as entrevistas realizadas com os funcionários do HRSAJ, que há realmente a negação de direitos pela Instituição, pois foram muitos trabalhadores que responderam de forma subjetiva, como: “no momento dispensei comentários”, outros ainda: “existem sim, porém não posso responder-lhe por escrito, devido o que poderá acontecer”. E ainda, na sua

maioria nada responderam sobre este assunto, apenas preferiram o silêncio. Isto ocorreu por submissão aos superiores e, sobretudo, por temer futura demissão, visto que a Coordenadora de Serviço Social acompanhou-me em diversas entregas dos questionários aos funcionários, causando, talvez, timidez e repreensão com a presença da assistente social nesta atividade. Vale ressaltar que esta atitude da profissional em acompanhar-me, foi por orientação do Departamento Jurídico do HRSAJ, que também analisou o conteúdo das entrevistas, retirando diversas perguntas² fundamentais ao estudo em campo, o que impossibilitou maior esclarecimento e respostas precisas da situação econômica e social desses trabalhadores, além de fragmentar o conteúdo das entrevistas com relação ao trabalho, aos direitos sociais e outras informações pertinentes ao desenvolvimento da pesquisa.

Desta forma, chegamos ao ponto da necessidade de sobrevivência, pois se estamos submersos em uma sociedade dominada pelos ditames capitalistas, existem quais outros caminhos a serem trilhados? Existem possibilidades além da sociedade do capital? Iamamoto (2008) nos explica que, apesar da aparente noção fatalista que o capital seria a única forma viável de existência em sociedade, os indivíduos podem se mobilizar diante da sua condição de exploração e criar novos “mundos”,

Os operários constrangidos pela necessidade de sobrevivência mobilizam seu consentimento ante a falta de outras alternativas, porquanto partes da superpopulação relativa sobrança. Todavia, a aceitação dessas condições não é sinônimo exclusivo de submissão: resistem, mobilizam-se, expressam sua rebeldia *nas condições possíveis no contexto particular das relações de poder e de classe em que se constituem como indivíduos sociais* (IAMAMOTO, 2008, p. 17).

Nesse sentido, faz-se necessário enfatizar que a negação e a crítica ao modo de produção capitalista estão relacionadas aos seus preceitos fundantes, tais como: a ditadura do capital no mundo do trabalho, o despotismo que o direito de

² Quanto as perguntas não contempladas na entrevista, devido a não autorização pelo Departamento Jurídico do HRSAJ, podemos elencar os seguintes itens: a informação sobre a renda mensal (em número de salários mínimos); outro questionamento foi sobre ao ultrapassar o horário normal de trabalho, os funcionários receberiam o pagamento destas horas extras, conforme preconiza a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas). Qual a relação com seu chefe imediato e a direção administrativa do hospital; sua percepção sobre os valores e reconhecimento a título de promoção remunerada pelo esforço e qualidade nos trabalhos desenvolvidos na Instituição.

propriedade possibilita aos detentores dos meios de produção, em que todos os trabalhadores encontram-se submetidos às oscilações de mercado e às vontades de quem detém a concentração do capital em suas mãos.

O debate aqui proposto oferece base para novas discussões, as quais devem ser amparadas sob a perspectiva da totalidade histórica e concreta, de forma que possamos desvelar o real para compreendermos sua dinâmica, percebendo o trabalho como categoria ontológica de reprodução da vida social, o qual pode assumir outras roupagens em sociedades não capitalistas.

A formação socioeconômica de uma sociedade é marcada pelo modo de produção nela dominante. Partindo da habilidade em domesticar animais e com o surgimento da agricultura, dois aspectos importantes na evolução do ser social, que ao possuir capacidade de produzir bens que ultrapassem suas necessidades imediatas de sobrevivência, possibilitaram a origem do excedente econômico, realizando uma verdadeira transformação na vida das comunidades primitivas. Com a acumulação do excedente econômico surge a alternativa de explicar o trabalho do homem, assim, a “comunidade divide-se entre aqueles que produzem o conjunto dos bens e aqueles que se apropriam dos bens excedentes” (BRAZ e NETO, 2007, p. 57).

A crise do feudalismo culminou no século XVIII devido a vários fatores, como o esgotamento das terras cultivadas e as lutas entre as classes, tal fenômeno fez emergir um novo grupo nascido da ordem feudal, a burguesia.

O desenvolvimento do comércio, promulgado por essa nova classe, estimulará o consumo da nobreza por mercadorias que eram obtidas através das viagens marítimas e pagas em dinheiro. Surgem as cidades, num movimento urbanizador, pois é nas cidades que os polos das redes comerciais se localizarão. Comerciantes / mercadores eram movidos por um único objetivo: o lucro (BRAZ e NETO, 2007).

A flexibilidade e desenvolvimento do trabalho estão sempre presentes no sistema capitalista, devido à rápida e intensa transformação das forças produtivas. Essa contextualização começa com a acumulação primitiva e perpassa até o momento em que o capital passa a controlar a produção de mercadorias, estágio designado como capitalismo comercial.

Nesse contexto, após diversas transformações ocorridas no mundo do trabalho, o capital no seu segundo estágio, organiza a produção através da grande

indústria, configura-se no capitalismo concorrencial, caracterizado pela “concorrência desenfreada e generalizada devido às amplas possibilidades de negócios que se abrem aos pequenos e médios capitalistas” (BRAZ e NETO, 2007, p. 169).

Nos últimos anos do século XIX, começa uma nova fase, o capitalismo monopolista, que surge a partir da fusão de grandes grupos industriais articulados ao mundo das finanças, onde o capital financeiro desempenha um papel decisivo. O objetivo da organização monopolista está alicerçado na obtenção de lucros acima da média, envolvendo a economia, a sociedade, a política e a cultura, processos de acumulação, tratados por Iamamoto (2008, p. 107) como “novos processos sociais”. Para realizar seu propósito, o capitalismo busca intensificar a exploração dos trabalhadores, tendo como principais expressões a desigualdade social, o desemprego, a precarização das relações de trabalho, oferta de empregos temporários, instáveis e não associados a direitos. Esse período é caracterizado pelo crescimento extraordinário do excedente econômico, mais-valia, no qual é caracterizado, no capitalismo, através do prolongamento da jornada de trabalho, ou através da diminuição do tempo de trabalho necessário, trata-se da “mais-valia absoluta e da mais-valia relativa” (ARAÚJO, 1998, p. 162).

No século XX, no que se refere à extração da mais-valia e ao mundo do trabalho, pode-se destacar como característica um novo modelo de processo produtivo. Além da rigidez do modelo taylorista/fordista³ ocorreu o modelo taylorista por meio das terceirizações e arranjos produtivos locais, cooperativas, associações, trabalho informal, havendo uma “tendência gradativa e forte deslocamento do trabalho vivo pelo trabalho morto, através da busca contínua de conhecimentos tecnológicos e o investimento em pesquisa, cuja expressão é a automação frente a perda da importância do trabalho individual” (BEHRING e BOSCHETTI, 2007, p. 115). Essas mudanças geraram o desemprego estrutural e fortaleceram ainda mais as desigualdades.

Percebe-se, portanto, que essas condições das relações de trabalho culminaram no desmonte do sistema de proteção social. Nesse universo, as

³ Contextualizamos aqui a produção e consumo em massa, mantendo o enfoque na linha de produção de montagem em série, na qual o operário realizava uma pequena etapa de produção, sendo exigido dele pouca qualificação, porém com altas taxas de exploração. A esse respeito ver: Oliveira (2004), Antunes (2005), entre outros.

necessidades sociais da classe trabalhadora são regredidas em favor da economia política do capital.

Dessa forma, a combinação entre a produção em massa, proporcionada pelo desenvolvimento do modelo produtivo baseado na configuração taylorista/fordista, e a regulamentação estatal, fechou um ciclo de compromisso entre capital e trabalho. Ou seja, somente a partir da realização do trabalho nos moldes impostos, seria garantido aos trabalhadores condições de acesso às mercadorias produzidas e o amparo do Estado no que tange aos direitos básicos, tais como: educação, saúde, segurança, moradia, transportes, entre outros.

Esse ciclo de combinações, contudo, apresentou sinais de crise de superprodução e de arrecadação, assim, foram evidenciados conflitos entre capital e trabalho devido à eclosão de inúmeros movimentos operários na década de 1960⁴. Com este conjunto de fatores, aliado à crise do petróleo⁵ fez com que surgisse um novo paradigma de dominação e acumulação, caracterizado como “capitalismo flexível” (Iamamoto (2003 apud HARVEY, 2007).

Nesse sentido, a retirada de capital do setor produtivo e seu investimento no mercado financeiro foram práticas primeiras e fundamentais do capitalismo flexível, que emergiu como alternativa à crise estrutural do capital e da configuração rígida de trabalho. Agregadas a estas práticas, a informatização dos ambientes de trabalho, a redução do número de postos de trabalhos, determinaram o aumento do contingente de desempregados, além da retirada sistemática de direitos sociais que formaram o respaldo ideológico da prática neoliberal.

A realidade concreta criou, objetivamente e subjetivamente, novas formas de organização do processo de trabalho, embora preservasse os principais pressupostos do modo de produção capitalista; objetivamente, no sentido da materialidade que envolve o mundo do trabalho e subjetivamente no modo em que as relações sociais se desdobraram e fragmentaram a partir dessas novas configurações, conforme afirma Antunes (2007),

⁴ O debate acerca dos movimentos sociais no final da década de 1960 expressa a necessidade de mudanças no fazer político, em face dos desgastes das instâncias institucionalizadas como partidos e sindicatos. Ver Antunes (2005).

⁵ A elevação do preço do barril de petróleo, na década de 1970, ocorreu devido à noção de que este é um recurso natural esgotável.

Foram tão intensas as modificações, que se pode mesmo afirmar que a classe que vive do trabalho sofreu a mais aguda crise deste século, que atingiu não só a sua materialidade, mas teve profundas repercussões na sua subjetividade e, no íntimo inter-relacionamento destes níveis, afetou a sua forma de ser (p. 23).

Tais arranjos do capital implicaram uma série de consequências: aumento significativo do desemprego conjuntural e estrutural, bem como expansão do trabalho informal⁶ nas mais diversas ocupações, dentre estas destacamos os trabalhos: a domicílio, em tempo parcial, terceirizado/subcontratado, entre outros.

Nos anos de 1980, ocorreram mudanças profundas remetidas ao trabalho que alteraram a subjetividade e a forma de ser da classe trabalhadora. Nesse período, evidencia-se uma revolução da tecnologia, robótica, entre outros progressos da ciência que transformaram o sistema organizacional da produção, que se objetivaram dentro das indústrias causando modificações nas relações existentes do trabalho com o capital, sendo assim chamada de reestruturação produtiva.

2.2 Elementos contemporâneos do trabalho

Segundo Gomes (2007), no Brasil, o processo de reestruturação produtiva se instaura após a crise do modelo de desenvolvimento baseado nas “substituições das importações”, a partir dos anos de 1970. Esse processo reflete a crise do padrão fordista no plano mundial, a gestação de um novo padrão de acumulação e regulação e se desenvolve diferentemente em cada país ou região do mundo. Inicia-se com a implementação de algumas práticas sob inspiração do taylorismo.

A reestruturação produtiva iniciada na década de 1970, concomitante à ideologia neoliberal, interferiu em grande parte na organização da produção, bem como nas esferas do Estado e das políticas públicas. Este processo ocorre no Brasil sob novos padrões de competitividade internacional e as mudanças que ocorrem no país: a recessão, o desemprego, a crise do padrão industrial, baseado no

⁶ Entendemos por informalidade como trabalho realizado em setores caracterizados por baixa produtividade, fazem parte deste fenômeno a totalidade dos trabalhos exercidos em situações ausentes de qualquer proteção social, incluindo os mais novos segmentos de organização do trabalho. Ver Tavares (2004), entre outros.

desenvolvimento e, outrossim, a política de abertura econômica, inspirada no neoliberalismo.

Na teoria do Estado ampliado, desenvolvida por Gramsci, segundo Coutinho, (1996, p. 64), o “Estado é entendido essencialmente como relação social, palco das arenas de lutas das correlações de forças que permeiam a sociedade capitalista”. Portanto, a sua atuação media o conflito e impõe o consenso, atuando como um pêndulo que pode garantir direitos dos trabalhadores em médio prazo, e garantir a reprodução duradoura do capital, dependendo da conjuntura das correlações de forças sociais.

O Estado não pode ser considerado uma entidade em si, mas,

do mesmo modo, como de resto, deve ser feito com o capital como uma relação; mas exatamente como a condensação material de uma correlação de forças entre classes e frações de classe, tal como esta se expressa, sempre de modo específico, no seio do Estado (POULANTZAS, 1993 apud COUTINHO, 1996, p. 64).

As repercussões dessas transformações para a classe trabalhadora são importantes e desastrosas, pois a desproletarização e o uso precário das formas de trabalho acarretaram a complexificação da classe trabalhadora, além de fragmentá-la, possibilitou que fossem retirados direitos historicamente conquistados, o que ocasionou o enfraquecimento do movimento sindical, e o seu controle através do “sindicato da empresa” (ANTUNES, 2000). O que se realiza na verdade é o menor investimento do Estado na área social, aumentando a exclusão das massas sobrantes, que cada vez mais são de característica estrutural, ou seja, têm suas causas fundadas na estrutura da produção. As repercussões da ofensiva neoliberal provocaram “uma redefinição das relações entre Estado e sociedade civil, que representam dentre outros aspectos, o afastamento do Estado da área social” (TEIXEIRA, 2003, p. 88).

Nesse contexto, no Brasil, o sistema de proteção social do Estado de Bem Estar não chegou a se configurar como tal, logo a implementação do legado ideopolítico neoliberal, aliado aos parâmetros produtivos flexíveis, causaram a acentuação das desigualdades sociais e do desemprego no país.

Um dos aspectos de desestruturação, característico do avanço do projeto neoliberal, é a Reforma da Previdência Social, em que as conquistas sociais têm sido solapadas sob a justificativa de ajuste fiscal, obscurecendo as verdadeiras causas políticas, corrupção, desvio de verbas etc., que configuram o possível déficit previdenciário, gerando o aumento do tempo de contribuição e a dedução do valor do benefício, abrindo espaço para emergência da previdência privada. De acordo com Cordeiro (2005), a realidade é que o desequilíbrio financeiro é provocado pelo desvio de contribuições destinadas à seguridade, que estão sendo utilizadas para aumentar o superávit primário.

Dessa forma, a direção política e ideológica que o Estado brasileiro tem seguido nos últimos anos, vem contribuindo para uma reordenação da intervenção estatal, garantindo a precarização do trabalho e suas relações e o persistente ataque à legitimidade do Estado social.

A minimização do papel do Estado no enfrentamento à questão social levou a um arcabouço de políticas sociais particularizadas e isoladas, que na maioria das vezes não ataca as questões na gênese, busca somente remediar os problemas sociais particularizados, criando as chamadas “populações-alvo”.

Tendo em vista todas as transformações ocorridas no seio da produção e seus rebatimentos para a classe trabalhadora, bem como na esfera estatal, pode-se afirmar que todas as mudanças do lastro neoliberal têm reforçado a retirada dos direitos, mudando a noção básica de cidadania, que é direito a ter direitos, reforçando ainda as estratégias que transformam os direitos sociais em segmentos mercadológicos.

2.3 Precarização e terceirização nas relações de trabalho

O atual processo de precarização do trabalho, segundo Antunes (1995), tem um caráter novo, mesmo admitindo que sempre houvesse trabalho precário no capitalismo, sobretudo no trabalho feminino, mas trata-se de levar em conta as recentes metamorfoses do trabalho que transformaram também a precariedade, que passa a ter um lugar estratégico e central na lógica da dominação capitalista,

institucionalizando-se em todo lugar e em todas as regiões do mundo, tanto nos países desenvolvidos e centrais, como em países como o Brasil.

Nesse contexto, ao realizar a pesquisa de campo no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), em uma das questões apresentadas quanto aos critérios utilizados pela Instituição na admissão dos funcionários, foram dadas as seguintes respostas:

É feito uma seleção, mas deficiente, não faz prova (entrevistado D).

Entrevista, 2º grau completo, comprovado por certificado (entrevistado E).

Nível superior completo (se houver necessidade para o cargo) e experiência (entrevistado F).

Indicação política, muitas vezes experiências e exames médicos (entrevistado G).

Portanto, vale ressaltar que esses funcionários, por possuírem vínculo empregatício instável, sem garantia de permanência no emprego, já que não houve concurso público para sua efetivação e de acordo com a pesquisa, fica perceptível que não são priorizados a qualidade dos serviços prestados, nem a capacitação na área de recursos humanos e outras áreas afins, também não há incentivos pessoais, nem garantia dos seus direitos, entre outros. Assim, estes trabalhadores são admitidos apenas por contratos temporários, sem garantia de permanência no emprego como: processo seletivo individual, análise de currículo, por indicação política, entrevistas e outras estratégias que não condizem com a realidade sócio-ocupacional, sobretudo numa Instituição hospitalar pública, como pode ser observado no gráfico a seguir.

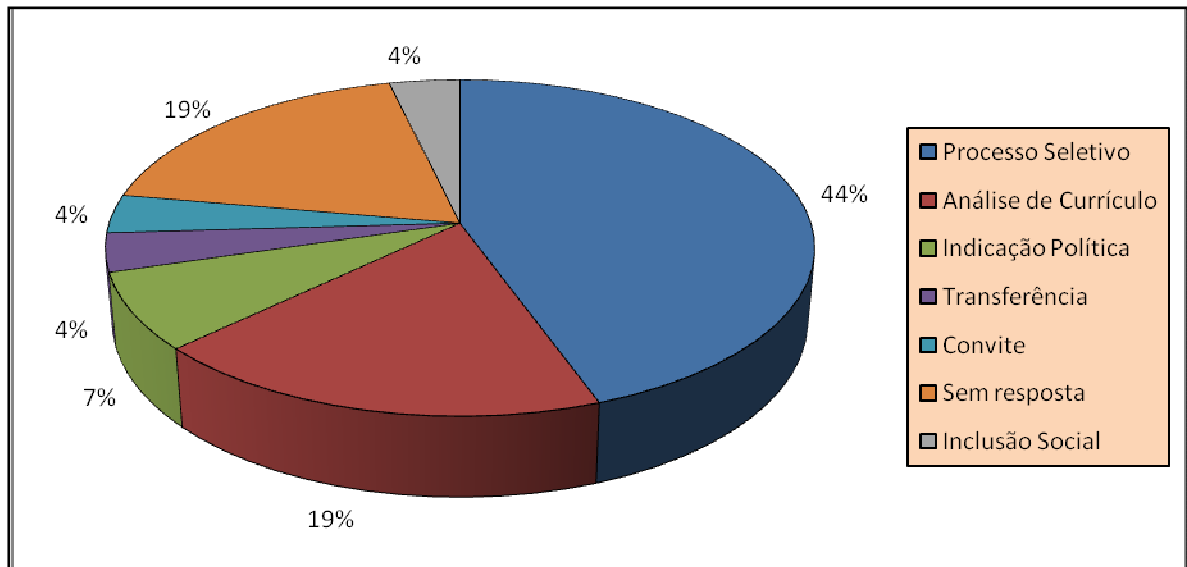


GRÁFICO 03 – Tipo de Admissão.
Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Os funcionários pesquisados são admitidos no HRS AJ através de análise de currículo, indicação política, entre outros, configurando-se em processos admissionais deficitários e instáveis como já foram citados anteriormente, não havendo até então nenhum concurso público para as vagas administrativas, nem para outras áreas afins da referida Instituição. O que podemos observar, a partir da análise do gráfico dos questionários respondidos pelos funcionários, é que a grande maioria define sua forma de admissão como processo seletivo.

Assim, configura-se a precarização do trabalho e suas relações no hospital público (HRS AJ), porém terceirizado. É nesta perspectiva que se inscreve o debate sobre a terceirização, de acordo com Araújo (2001), quando afirma:

A atualidade, entretanto, imprime à terceirização determinados atributos, ao ponto de se poder afirmar, sem exageros, trata-se de um fenômeno novo. De peça acessória, periférica, complementar na arquitetura produtiva, ela se transforma em elemento central, em condição de flexibilidade, portanto, fundamental do ponto de vista da produtividade e da competitividade das empresas. Segundo documento do Sindicato dos Metalúrgicos do ABC (1993), o que marca a terceirização atual é o ritmo veloz com que tem sido introduzida, a sua abrangência e o fato de estar invadindo a própria cadeia produtiva (p. 56).

Nesse contexto, a terceirização é uma das principais formas ou dimensões da flexibilização do trabalho, pois ela consegue reunir e sintetizar o grau de liberdade que o capital dispõe para gerir e, desta forma dominar, a força de trabalho. Liberdade que é perceptível através da flexibilização dos contratos temporários e, sobretudo, da transferência de responsabilidade de gestão e de custos trabalhistas para um “terceiro”.

Uma prática de gestão, que encontra respaldo em vários aspectos e instrumentos que limitam a regulação do mercado de trabalho, a exemplo das mudanças na legislação trabalhista, cuja flexibilização ocorre no sentido de fortalecer a liberdade de ação empresarial, principalmente no que tange as perdas de direitos dos trabalhadores, isto gera efeitos perversos que reafirmam a terceirização como uma das principais formas de flexibilização e precarização do trabalho, no sentido de novas políticas de dominação do capital e de alienação do trabalhador.

Segundo Coutinho (1996), o

processo de flexibilização e a precarização do trabalho reveladas pela subcontratação/terceirização, apesar das relações de forças desfavoráveis aos trabalhadores, não consolidou em estado de precariedade e não estabeleceu em “consenso da flexibilização” como única alternativa à crise do capitalismo (p.62).

A prova disso são as diversas formas de resistência e de contra-poderes que têm feito recuar, mesmo que pontualmente, este processo. Nesse movimento, a defesa da saúde dos trabalhadores, individual e coletiva, é uma das fontes mais radicais de contra-poderes ao imperialismo econômico da chamada “globalização”.

Essa reordenação das relações entre Estado e sociedade civil, com a redefinição do papel do Estado, ocasionou o que Teles (1998) denomina “privatização do espaço público”: as leis do mercado passam a ditar as regras de proteção e de direitos sociais, relegando o papel do cidadão à função de consumidor. A submissão do Estado aos condicionantes do mercado confirma o caráter das políticas sociais neoliberais, conforme afirma Teixeira (op. cit., p. 91):

Na atual esfera do neoliberalismo, depreendemos as possibilidades das políticas sociais apresentarem como características a subordinação do político ao econômico [...], além de obscurecer as verdadeiras causas políticas e econômicas da exclusão social de parte considerável da população, impõe o processo de competição e individualismo.

A reestruturação produtiva no Brasil é visível pela ampla abertura de capital, privatização de empresas estatais, terceirização de trabalhadores, demissão e produtividade cada vez mais alta. Economicamente os trabalhadores são excluídos de seus empregos estáveis e transformam-se em trabalhadores informais, sem garantias, nem direitos e sem esperança de serem inseridos novamente no mercado de trabalho estável e seguro.

Dessa forma, a reestruturação produtiva provoca expressivas mudanças tanto na estrutura ocupacional, quanto nos requerimentos de qualificação do trabalho, o que determina a necessidade de modificação na orientação de políticas públicas e empresariais de formação profissional e treinamentos de trabalhadores. Por exemplo, o padrão das políticas de emprego no Brasil vivencia atualmente o que muitos autores como Teixeira (2003) e Faleiros (2000) caracterizam por “empregabilidade⁷” em que o verdadeiro causador da exclusão do processo de trabalho e do emprego é obscurecido, e o trabalhador é responsabilizado por sua situação.

Podemos depreender essa realidade nas políticas de emprego em que as alternativas relacionam-se ao “indivíduo empreendedor”, com grande respaldo na educação como redentora dos problemas e atraso social no país. Nesse sentido, nas mudanças no seio produtivo foi dedicada atenção especial à educação para o trabalho como meio de superação da condição de atraso e pobreza de um país. A formação profissional passou a ser ponto chave para a inserção do trabalhador no emprego, sendo esta uma manipulação mais ideológica do que concreta.

As políticas públicas, executadas sob a agenda neoliberal, desviaram a discussão do direito ao trabalho para o empreendedorismo individual, que passou a

⁷ A empregabilidade é a capacidade individual de encontrar emprego ou trabalho no mercado, pelo esforço de capacitação e da busca de competitividade pessoal. A competitividade está na base da empregabilidade, fazendo com que os trabalhadores se inscrevam em programas de formação profissional [...]. Estes programas têm efeito de manter a expectativa de trabalhar, fazer acreditar no esforço individual, no seu fracasso e de diminuir a busca do emprego (FALEIROS, 2000, p. 193).

julgar o indivíduo isoladamente sobre a sua condição. O que é visualizado, por exemplo, nas políticas de emprego e renda no Brasil, é o enfoque na “empregabilidade” que além de particularizado, suscita a competição e o individualismo entre os trabalhadores.

Portanto, as novas exigências do processo de trabalho levaram à flexibilidade dos direitos sociais, sendo atingidos diretamente os direitos trabalhistas e previdenciários conquistados historicamente pelos trabalhadores na Constituição Federal de 1988. Esta atual dinâmica de exigências ao trabalhador, aliada à flexibilização e ao desmonte das políticas públicas, fazem emergir novos modos de trabalho, nas formas de subcontratados, terceirizados, sem descartar a dupla jornada do trabalho feminino indispensável à reprodução do capital.

Com esse processo de externalização ou terceirização, os problemas dos trabalhadores começam a aumentar. Surge a fragmentação objetiva do trabalhador coletivo em que se dividem em dois grupos: os trabalhadores formais, estáveis, protegidos e os trabalhadores informais, instáveis, precários, desprotegidos.

Esta dinâmica reflete a exclusão dos trabalhadores do mercado formal de trabalho criando, assim, uma forma funcional de inclusão econômica, pois, ao terceirizar a produção de mercadorias ou outros serviços, o capital através deste mecanismo consegue reduzir custos. Como afirma Antunes (2007), a atual tendência dos mercados de trabalho é reduzir o número de trabalhadores centrais e empregar cada vez mais uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos. Neste contexto, os trabalhadores excluídos do trabalho estável são incluídos no trabalho informal de forma precária e desprotegida, correndo o risco do desemprego permanente.

Nessa direção, a pesquisa realizada com os funcionários da administração do hospital trouxe-me alguns pontos inquietantes a respeito das condições de trabalho oferecidos pela Instituição, quais sejam: se a estrutura física, equipamentos, entre outros, seriam suficientes para o bom desenvolvimento das atividades. Sendo assim, as entrevistas revelaram alguns resultados já esperados, de acordo com a minha experiência no estágio supervisionado no HRSAJ, veio sinalizar que as respostas não seriam diferentes:

Contratar mais profissionais na área de saúde (entrevistados A e B).

Melhor conforto na utilização e manuseio de mesas e cadeiras, mais segurança, atendimento humanizado (entrevistados C e D).

Melhorar a qualidade da alimentação e os serviços essenciais como: elevador, telefone, informações (portaria), entre outros (entrevistados E, F e G).

Mais pessoal qualificado com salário justo e estável, integração funcional (entrevistados H, I e J).

Salário incompatível com o trabalho e carga horária (entrevistado H).

Apesar das falas apontarem para uma reivindicação de melhores condições de trabalho, podemos constatar que a grande maioria dos trabalhadores da administração do HRSAJ considera satisfatória a estrutura física e os equipamentos disponibilizados pela Instituição, conforme gráfico a seguir,

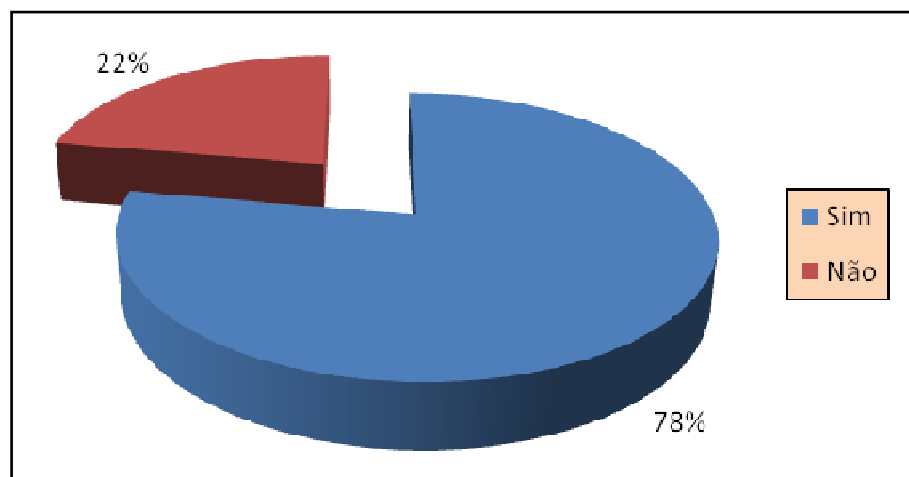


GRÁFICO 04 – Boa estrutura física e equipamentos.
Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Nesse sentido, apesar de inúmeras inovações tecnológicas e organizacionais empreendidas pelo capital, sua mais cruel estratégia foi racionalizar o trabalho vivo e transformá-lo em fonte de geração de valor e lucro. Com a terceirização, o capital se desresponsabiliza pelos direitos, encargos sociais e trabalhistas dos funcionários e os transfere para empresas terceiras que absorvem esses trabalhadores de forma mais cruel ainda.

Outro ponto crucial neste processo é o que nos aponta Antunes (2007), na qual afirma que paralelamente à redução quantitativa do operariado industrial formal acontece também uma alteração quantitativa na forma de ser do trabalho, o qual gera uma maior qualificação do trabalhador e conseqüentemente causa também maior desqualificação. Do trabalhador é exigida a polivalência, a multifuncionalidade para continuar inserido e adaptado no mercado de trabalho capitalista.

Desta forma, o desemprego e o subemprego, decorrentes desse processos expressam as dimensões na desestruturação do mercado de trabalho. Emergindo, assim, um problema social causador de instabilidade e insegurança com a redução dos salários, a fragilização dos trabalhadores e a precarização nas relações de trabalho advindas com a flexibilidade de seus direitos e das garantias sociais.

Portanto, faz-se necessária maior compreensão da questão social gerada nesse processo econômico de globalização, que não promove o desenvolvimento da sociedade e sim agrega somente valores para si, distribuindo a riqueza socialmente produzida de forma desigual excluindo, assim, trabalhadores, cidadãos de direitos, fragmentando a sociedade de classes.

3 PROTEÇÃO SOCIAL E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Segundo Behring e Boschetti (2008), o surgimento das políticas sociais foi diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora, do grau de desenvolvimento das forças produtivas e das correlações e composições de força no âmbito do Estado.

Alguns modelos de gestão das políticas sociais, surgidos no final do século XIX, decorrentes da luta da classe trabalhadora, segundo Pierson (1991 apud BEHRING e BOSCHETTI, 2008) ajudam a demarcar a emergência de políticas sociais. Dentre eles destacamos dois: o primeiro foi a introdução de políticas sociais orientadas pela lógica do seguro social na Alemanha em 1883; segundo é que as políticas sociais passam a ampliar a idéia de cidadania e desfocalizar suas ações, antes direcionadas apenas para a pobreza.

O seguro social, que surgiu na Alemanha em 1883, é o modelo bismarckiano de seguro social um

[...] sistema implementado por Bismarck na Alemanha no final do século XIX que introduziu caixas estatais, em geral regionalizadas com controle central, de seguro saúde, de seguro velhice e de seguro acidente com contribuições compulsórias (contrariando a ideologia liberal de seguros voluntários) de empregados, patrões e subsídios do estado. Os trabalhadores de baixa renda estavam isentos de contribuições (FALEIROS, 2000, p. 44).

O governo do chanceler Otto Von Bismarck instituiu, em 1883, o primeiro seguro saúde nacional obrigatório devido às fortes mobilizações dos trabalhadores. Conforme Bering e Boschetti (2008), as medidas compulsórias de seguro social público, propostas por Bismarck, têm como pressuposto a garantia estatal de prestações de substituição de renda em momentos de perda da capacidade laborativa, devido à doença, idade ou incapacidade para o trabalho.

O modelo bismarckiano é um sistema de seguros sociais, pois é semelhante aos seguros privados. Os benefícios cobrem, principalmente, os trabalhadores contribuintes e suas famílias, e para ter acesso a esses direitos é necessário uma

contribuição direta anterior e o montante das prestações de benefícios é proporcional à contribuição efetuada. Esse sistema é financiado através das contribuições dos empregados e empregadores, nas folhas de salários. Os seguros eram geridos pelos contribuintes (empregados e empregadores) e organizados em caixas divididas pelos tipos de riscos, por exemplo, caixa de seguro-saúde (1883), caixas de seguro- acidentes do trabalho (1884) e caixas de aposentadorias (1889).

Com a crise de 1929, aconteceram várias mudanças no desenvolvimento das políticas sociais nos países capitalistas, e observou-se um aumento de instituições e práticas de intervenção do Estado. Algumas medidas, como por exemplo, o estabelecimento das políticas sociais para ampliar o mercado de consumo e, o acordo entre esquerda e direita, entre capital e trabalho, permitiram a aprovação de várias legislações sociais e a expansão do *Welfare State*.

Para Pierson (1991 apud BEHRING e BOSCHETTI, 2008) o *Welfare State* é considerado a cidade de ouro das políticas sociais. Isso porque há um crescimento do orçamento social de todos os países que integravam a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Humano (OCDE) de 3%, em 1914, chegando até 25%, em 1970. Inclusive devido ao aumento da população idosa que determinou a ampliação dos gastos com aposentadorias e saúde, e pelo aumento da taxa população idosa economicamente ativa nos países capitalistas centrais que eleva os investimentos em políticas sociais.

Em 1942 a Inglaterra, no “consenso pós-guerra”, adotou um sistema de proteção social para todas as eventualidades de perda de renda, que tinha influência do Plano Beveridge, que segundo Behring e Boschetti (2008) propunha uma nova lógica para organização das políticas sociais, a partir da crítica aos seguros sociais do modelo bismarckiano.

Esse sistema é o modelo beveridgiano de seguridade social

[...] proposto por William Beveridge, em 1943, e que visava a garantia de um rendimento que substitua os salários quando se interromperam pelo desemprego, por doença, ou acidente, que assegure a aposentadoria na velhice, que socorra os que perderem o sustento em virtude da morte de outrem e que atenda a certas despesas extraordinárias. Antes de tudo, segurança social significa segurança de um rendimento mínimo; mas esse rendimento deve ir associado a providências capazes de fazer cessar, tão cedo quanto possível, a interrupção dos salários. [...] O plano pressupunha a

formação de um sistema complexo e completo de proteção social na ausência do salário que deveria ser fruto do pleno emprego (FALEIROS, 2000, p. 45).

Segundo Faleiros (2000), supunha-se que as crises econômicas seriam passageiras e o chamado pleno emprego, fundado no contrato salarial, daria juntamente com os impostos, condições de se financiar o sistema Beveridgiano de seguridade social.

De acordo com Marshall (1967 apud BEHRING e BOSCHETTI, 2008), o Plano Beveridge consistiu em fazer uma fusão das medidas já existentes, ampliar e consolidar os vários planos de seguro social, padronizar os benefícios e incluir novos benefícios como o seguro acidente de trabalho, abono familiar ou salário-família, seguro-desemprego, auxílio-funeral, auxílio-maternidade, abono nupcial, benefícios para esposas abandonadas, assistências às donas de casa enfermas e auxílio-treinamento para os que trabalhavam por conta própria.

O modelo Beveridgiano, surgido na Inglaterra, tem como principal objetivo a luta contra a pobreza. Nesse sistema de proteção social, os direitos são universais, destinados a todos os cidadãos incondicionalmente ou submetidos a condições de recursos, testes de meios, e o Estado deve garantir mínimos sociais a todos em condições de necessidades. O financiamento é proveniente dos impostos fiscais (e não da contribuição direta dos empregados e empregadores) e a gestão é pública, estatal. Os princípios fundamentais do Sistema Beveridgiano são a unificação institucional e a uniformização dos benefícios, segundo Beveridge (1943 apud BEHRING e BOSCHETTI, 2008).

Conforme Kertzman (2005), esse plano marca a estrutura da seguridade social moderna, com a participação universal de todas as categorias de trabalhadores e cobrança compulsória de contribuições para financiar as três áreas da seguridade: saúde, previdência social e assistência social.

Para Dufourcq (1994 apud BEHRING e BOSCHETTI, 2008) embora não existam sistemas e “modelos puros”, quando ocorre predomínio da lógica do seguro, os autores tendem a identificar o sistema como sendo de seguros ou bismarckiano; quando predominam amplos serviços não contributivos, tendem a identificá-lo como sistema Beveridgiano ou de Seguridade Social, com base no Plano Beveridge.

No Brasil, inicialmente, a política de Seguridade Social se identificava com o Modelo Bismarckiano. O marco das políticas sociais é a Lei Eloy Chaves de 1923, que institui a obrigatoriedade de criação de Caixas de Aposentadorias (CAPs) para algumas categorias de trabalhadores, muito embora, anteriormente a este período, estejam presentes algumas medidas importantes na tentativa de implantação das políticas sociais brasileiras. Entre essas medidas está, de acordo com Behring e Boschetti (2008), a criação de uma caixa de socorro para a burocracia pública, em 1888. E no ano seguinte, os funcionários da Imprensa Nacional e os ferroviários conquistam direitos à pensão e a 15 dias de férias, e em 1890 os funcionários do Ministério da Fazenda também conquistam estes direitos.

A Seguridade Social brasileira atual se parece bastante com o sistema Beveridgiano. Em 1988, quando a atual Constituição Federal foi promulgada, no Brasil, a Seguridade Social ficou definida como um conjunto de ações e de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, para assegurar o direito à Saúde, à Previdência Social e à Assistência Social, conforme cita o art. 194 da Constituição Federal de 1988. A saúde é direito de todos e dever do Estado, o acesso independe de pagamento e é irrestrito; a assistência social é para quem dele necessitar e o acesso independe de contribuição; a previdência social é contributiva e compulsória.

Segundo Silva (2007), a Seguridade Social refere-se à proteção social ao cidadão em face do risco, da desvantagem, da dificuldade, da vulnerabilidade, da limitação temporária ou permanente e de determinados acontecimentos previsíveis ou fortuitos nas várias fases da vida. “Embora haja conceitualmente uma unidade entre as três áreas que compõem a Seguridade Social, a política traçada para cada uma delas, a sua administração e execução têm se dado de maneira fragmentada [...]” (CABRAL, 2000, p. 127).

A Seguridade Social tem como base os seguintes princípios: universalidade da cobertura e do atendimento, segundo os quais todos os cidadãos têm acesso à proteção social; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, mediante as quais o trabalhador rural passa a integrar o conjunto dos cidadãos, principalmente no âmbito previdenciário; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, pelas quais as necessidades individuais determinam os benefícios ou serviços que devem ser concedidos; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento, ou seja, as contribuições devem

incidir sobre múltiplos setores da economia e da produção, e ainda sobre os salários; caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados. Estes princípios estão previstos no art. 194 da Constituição Federal de 1988.

O que não pode ocorrer é confundirmos Seguridade Social com seguro social. No Brasil, seguro social reporta-se à Previdência Social e, segundo Simões (2007) ele é um direito dos trabalhadores, em reciprocidade a uma contribuição mensal dos mesmos, dos empregadores e do próprio Estado.

3.1 A Previdência Social na realidade brasileira

A Previdência Social, no Brasil, surge em 1923, com a implantação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) nas empresas ferroviárias, através da Lei Eloy Chaves (Decreto-Lei 4.682, de 24 de Janeiro de 1923).

Segundo Simões (2007), esta Lei instituiu o direito de estabilidade no emprego após 10 anos de serviço e foi ampliada pelo Decreto 5.109/26, para os portuários e marítimos e empregados da infraestrutura dos serviços públicos.

O mesmo autor considera que, a Previdência Social brasileira tem seu marco inicial com a lei n. 3.397 de 1888, que autoriza o governo a abrir uma caixa de socorros para os trabalhadores das estradas de ferro.

Conforme CABRAL (2000), a Lei Eloy Chaves institui um fundo de aposentadorias e pensões e prestação de serviços médicos e farmacêuticos, destinados a um público específico, - trabalhadores das ferroviárias e, posteriormente, para os portuários, marítimos e as categorias ligadas à infraestrutura de serviços públicos tendo a empresa como unidade de cobertura. As CAP's eram estruturadas como organizações privadas, com supervisão do governo, e eram financiadas pelos trabalhadores, pelo patronato e pela contribuição dos usuários da rede ferroviária, através de impostos.

Em 1933, no governo Vargas, as 183 CAP's existentes foram aos poucos se transformando em Intitutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's).

[...] Essa alteração modificou estruturalmente os critérios de filiação das antigas CAPs, não mais por empresa, mas por categoria profissional. Se o trabalhador era um marítimo, por exemplo, independentemente da empresa de navegação que trabalhasse, filiava-se ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM) (criado pelo Decreto n. 22.872, de 29/6/1931), que assegurava benefícios a todos os trabalhadores de empresas de navegação. E não apenas aos de uma delas (SIMÕES, 2007, p. 133-134).

Surgiram então, segundo o Ministério da Previdência Social (MPS) (2007), o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1933, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciários (IAPC), em 1933, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Bancários (IAPB), em 1934, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI), em 1936, o Instituto de Previdência e Assistência dos Servidores do Estado (IPASE), em 1938, e o Instituto de Resseguros do Brasil (IRB), em 1939. Cada um deles possuía planos diferenciados de benefícios e serviços, sendo, os mais comuns, aposentadoria, pensões auxílio-funeral e auxílio-doença.

O financiamento dos IAP's incorporava, agora, a contribuição do Estado, que, administrativamente, participava do seu controle, introduzindo em suas gestões representantes do aparelho estatal nomeados pelo Presidente da República.

No ano de 1960, no governo Juscelino Kubitschek, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) (Lei n. 3.807, de 26/8/1960) que previa a unificação dos IAPs, mas, na verdade, uniformizou planos de benefícios e incorporou os Trabalhadores Rurais, em 1963, com a criação do Estatuto do Trabalhador Rural.

De acordo com o Ministério da Previdência Social, a LOPS (1960),

[...] unificou os Institutos, pois todos os órgãos de execução previdenciária passaram a cumprir as mesmas normas. A unificação da gestão, no entanto, demoraria mais alguns anos e seria implantada com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966 (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2007, p. 9).

Conforme Cabral (2000), entre os anos de 1960 a 1964, a Previdência incorporou as reivindicações dos trabalhadores sobre a ampliação dos benefícios, como por exemplo, extinguindo a idade mínima de 55 anos para aposentadoria, e estabelecendo como requisito único 35 anos de serviço.

Em 1966, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), finalmente é unificado e uniformizado os planos de benefícios e, de acordo com Simões (2007), a Previdência Social é universalizada como política pública e com a criação do INPS, os IAPs foram extintos.

[...] O INPS, em 1967, vai assumir o seguro de acidente, apesar da assistência das seguradoras. Na direção da universalização, registramos, em 1971, a extensão da previdência aos trabalhadores rurais; em 1972, a incorporação dos trabalhadores domésticos com caráter compulsório; em 1973, a incorporação dos autônomos. Concomitantemente, institui-se o amparo à velhice e as inválidos e cria-se o salário-maternidade (CABRAL, 2000, p. 124-125).

Para Simões (2007), a uniformização dos benefícios, embora tenha significado um avanço para os trabalhadores, destituiu os sindicatos do controle que detinham sobre a administração dos antigos institutos, e veio acompanhado de medidas restritivas, que significavam o início do arrocho previdenciário, por meio da alteração na sistemática dos cálculos do valor dos benefícios, da supervisão restrita de alguns serviços e a exigência de novas condições para a aquisição dos benefícios.

Em 1971, foi criado o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), que concedia ao trabalhador rural os benefícios de aposentadoria por velhice e invalidez, pensão por morte, auxílio funeral, serviços de saúde e serviço social. Mas, segundo Behring e Boschetti (2008), a previdência para os trabalhadores rurais tinha um caráter mais redistributivo devido ao fato de que não eram feitas as contribuições dos trabalhadores, apenas era pago uma taxa pelos produtores, além disso, o benefício era de apenas 50% do salário-mínimo. De acordo com Cabral (2000), o Funrural não contava com administração própria para ministrar serviços e benefícios, mas se valia dos sindicatos rurais, através das dotações mensais que recebia.

Em 1973, a LOPS foi alterada pelo governo, devido a protestos dos sindicatos. De acordo com Simões (2007), foi imposta uma contribuição aos aposentados e pensionistas, e alterada a base de cálculo das aposentadorias, pensões e auxílios, o direito de aposentadoria por invalidez e auxílio doença, decorrentes de moléstia ou lesão, foi revogado, e o direito de receber o benefício se o aposentado voltasse a trabalhar foi suspenso e substituído por um abono de 50%.

Com a Lei n. 6.434, de 1^a de Setembro de 1977, surgiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), com a difícil missão de integrar as seguintes funções: concessão e manutenção de benefícios, prestação de serviços, custeio de atividades e programas, gestão administrativa, financeira e patrimonial da Previdência e da Assistência Social (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2007, p. 9-10).

O SINPAS era composto pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (benefícios), o Instituto Nacional de Assistência Social Médica da Previdência (INAMPS), o Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS), a Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV), a Legião Brasileira de Assistência (LBA) (políticas Públicas de Assistência Social), a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM) (políticas públicas de bem-estar do menor) e a Central de Medicamentos (CEME). Com a criação do SINPAS, o FUNRURAL foi extinto.

Devido a esse sistema de administração, a assistência médica passou a ser privatizada, através de convênios com as entidades de medicina privada – financiados pelo Estado / Previdência Social.

O fim do milagre econômico, o agravamento da instabilidade social, a crise internacional do petróleo, a aceleração inflacionária e o aumento dos índices de pobreza refletiram diretamente no caixa da Previdência Social, reduzindo a receita e aumentando os gastos com a assistência médica, o que resultou no aumento do valor das contribuições previdenciárias [...] (SIMÕES, 2007, p. 138).

O enfrentamento da crise financeira pela Previdência Social se dá com o aumento das alíquotas de contribuição, que são de 10% para os empregadores e de 8% a 10% para os empregados. Além disso, há um aumento das taxas de juros para alguns produtos importados.

Com a Constituição Federal de 1988, importantes alterações foram introduzidas no âmbito da Previdência Social.

Segundo Simões (2007) no dia 2 de Julho de 1990 foi criado o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) (Decreto n. 99.350, de 27/6/1990), vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), com a união do IAPAS e o INPS, consolidando a lógica do seguro.

O INSS tem a função de promover a arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições sociais entre outras receitas destinadas à Previdência Social; administrar os recursos do Fundo da Previdência e Assistência Social (FPAS); conceder e manter os benefícios e serviços previdenciários; executar atividades e programas relacionados ao trabalhador rural; e elaborar a proposta orçamentaria do FPAS.

Além disso, ainda conforme Simões (2007), o INSS passou a assegurar benefícios contra riscos de doenças, invalidez e morte, incluindo os que resultam de acidentes ou doenças do trabalho, velhice, reclusão penitenciária (auxílio-reclusão) e maternidade (salário-maternidade), pensão aos dependentes do segurado falecido. A aposentadoria foi, então, garantida por tempo de contribuição e não mais por tempo de serviço, por idade ou por invalidez, ordinária (comum) ou acidentaria. Para os casos de incapacidade temporária foi garantido o auxílio-doença, comum ou acidentário⁸.

Em 1991, durante o governo Collor, foram regulamentados, através da Lei 8.212, o Plano de Benefícios e, da Lei 8.213, o Plano de Custeio da Previdência Social. A proposta do governo Collor inclui restrições aos direitos incorporados à Constituição, ao estabelecer aumento gradativo da carência previdenciária para 15 anos e desvincular o reajuste dos benefícios do salário mínimo.

De acordo com Cabral (2000), o quadro inflacionário e a crise enfrentada nos anos 1980 reduzem a arrecadação da Seguridade Social devido ao desemprego

⁸ O tempo de contribuição, em atividades de risco (insalubridade, periculosidade e penosidade), tradicionalmente considerado como especial, sofreu algumas restrições, para assegurar o direito a aposentadoria especial. (FREUDENTHAL, 2000 apud SIMÕES, 2007, p. 139-140)

existente, e isso gera o crescimento da demanda por benefícios e serviços na Previdência.

Em 1991, o governo Collor apresenta o Projeto Rossi, uma proposta de reforma cuja principal característica era a de transferir, as faixas salariais acima de cinco salários mínimos e o seguro acidente, para o setor privado. Sendo assim, a Previdência Pública ficou restrita a uma previdência básica. E assim, a Previdência Social enfrentaria uma crise de grandes proporções como, por exemplo, não conseguir manter os benefícios, por isso seria necessária a Reforma.

Além disso, segundo Cabral (2000), neste período muitos aposentados se mobilizaram, através de movimentos, passeatas, ações judiciais e ocupações em prédios do INSS e de agências bancárias de várias partes do país, para reivindicar o reajuste de 147,06% retroativo a setembro de 1991.

O debate previdenciário está lançado. De um lado, as alternativas que reduzem a Previdência Pública em favor da ampliação do mercado e, de outro, as que afirmam o direito de proteção ao trabalho como responsabilidade do Estado. Nesse sentido, a Central Única dos Trabalhadores apresenta, inicialmente, 13 pontos fundamentais para o enfrentamento da crise e, posteriormente, entrega um projeto mais global de reforma Previdenciária, para discussão em sociedade, conforme documento da Central Única dos Trabalhadores, de maio de 1995 (CABRAL, 2000, p. 126).

O que percebemos é que devido a todo esse processo de insatisfação e pela crise que a Previdência Social enfrentava a resposta do Estado, frente a esse movimento, foi a elaboração de subsídios para a Reforma Previdenciária.

3.2 As Reformas Previdenciárias

Na década de 1990, devido à crise que o país enfrentava, foram adotadas, no governo Sarney e dada continuidade durante o governo FHC, medidas neoliberais de modo a acabar com a inflação e, também, começou a ser implantado um

programa de abertura econômica⁹. Paralelo a essa reforma econômica, foi acelerado o processo de desmonte dos direitos conquistados a partir da Constituição Federal de 1988 com a adoção de medidas privatizantes e de destruição das políticas públicas. Segundo Cabral (2000), esse período intensificou a redução dos postos de trabalho, a precarização do trabalho e, conseqüentemente, o aumento da desigualdade.

E a Previdência também fez parte desse processo reformista, que começou inicialmente com a reforma administrativa, por meio da Emenda Constitucional nº 19, na qual as Agências Executivas passam a adotar um modelo flexibilizado, com amplo emprego de terceirização e contratação de mão-de-obra precária e intensifica-se o ritmo produtivo, ocorre a desregulamentação do Estado e a redução do quadro de pessoal.

Em 1998, efetivou-se a proposta do governo de reforma previdenciária, com alterações profundas, por meio da Emenda Constitucional n. 20/1998. Iniciou-se, então, um processo de alteração dos direitos previdenciários, sobretudo no campo dos regimes públicos, caracterizando um arrocho previdenciário que nem o regime militar havia intentado (SIMÕES, 2007, p. 140).

Segundo Cabral (2000), de acordo com o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência (SINPREV-SP), a Reforma Administrativa representou para os funcionários públicos a perda da estabilidade, quebra do Regime Jurídico Único com o estabelecimento do Regime Celetista para os trabalhadores públicos, e manutenção do Regime Estatutário para as chamadas atividades essenciais do Estado, ou seja, rompeu com direitos históricos já conquistados, inscritos na Constituição e no regime Jurídico Único, regulamentado pela Lei 8.112.

Para Silva (2007), houve modernização da gestão e operação do sistema previdenciário, devido a algumas medidas, como: o Programa de Melhoria do Atendimento (PMA) com modernização das agências e a informatização dos serviços; o PREVFONE (tele atendimento); a concessão de benefícios e a emissão de certidões negativas pela internet; a implantação de quiosques de atendimentos, das agências móveis (furgões e barcos); e o Programa de Estabilidade Social com o

⁹ Programa de estabilização econômica com a adoção de uma nova moeda, o Real.

objetivo de ampliar a filiação ao sistema e a cobertura, ou seja, os procedimentos (serviços oferecidos) devem ser simples, informatizados e desburocratizados.

Com a Reforma Previdenciária ocorreu a desconstitucionalização da Previdência, que passou a ser regida por meio de lei ordinária, meio pelo qual se tornariam mais fáceis e viáveis as alterações legislativas. Esse processo caracterizou-se por retirar do texto constitucional algumas regras básicas sobre os direitos previdenciários, o que propiciou ao governo, por meio de lei ordinária, a alteração dos índices de reajustes dos benefícios, o mesmo do respectivo cálculo. De acordo com Simões (2007), a proposta visou reduzir o teto do valor dos benefícios o que, segundo especialistas, teve o objetivo de incentivar o mercado de Previdência Complementar.

A Reforma Previdenciária vai se constituindo em peça importante do ajuste neoliberal, na medida em que se reduzem as faixas de previdência pública e se estimula a busca da previdência complementar sob o sistema de capitalização, como mecanismo de captação de poupança, necessário ao financiamento do crescimento econômico (CABRAL, 2000, p. 128).

O governo teve dificuldade em garantir aprovação da Reforma Previdenciária de 1998, por isso estabeleceu alguns acordos com o Congresso Nacional, o que significou que a Reforma aprovada não se consolida inicialmente no que se pretendia. A aprovação da reforma nega os princípios da Seguridade, quando reduz a Previdência Pública praticamente a um instrumento da política econômica e não em caráter de distribuição e renda.

O Governo FHC tinha como justificativa para a reforma: o déficit previdenciário, ou seja, o déficit em caixa que ameaçava a estabilidade financeira do sistema, havia sonegação por parte do setor privado e a tríplice contribuição não estava sendo cumprida, pois a União sempre retirava recursos do Fundo Previdenciário e isso acumulava a dívida; a relação ativo/inativo, pois o déficit também é ocasionado pelo alto coeficiente de dependência da relação ativo/inativo¹⁰; a carga de contribuição social das empresas, devido ao fato de as empresas contribuírem com carga excessiva isso afetando o custo final dos

¹⁰ Ativos – população economicamente ativa; Inativos – aposentados e pensionistas.

produtos; o corpo da reforma, pois, segundo projeto, a Reforma não alteraria os princípios presentes no Art. 194 da Constituição, porém, ao condicionar o direito do trabalhador ao equilíbrio orçamentário da Previdência, fere a sua universalidade. O projeto de reforma foi aprovado e consolidado na Emenda Constitucional n. 20/98.

As novas regras vêm representando, com efeito, a imposição de perdas aos segurados, uma vez que o eixo da reforma foi aumento da idade média de concessão do benefício implicando extensão do período contributivo, redução dos gastos no curto prazo pela postergação da concessão e redução dos gastos no longo prazo pela concessão por menor período (CECHIN, 2002, p. 23 apud SILVA, 2007, p. 192).

Segundo Braga (2000), a Reforma Previdenciária restringe direitos, ao mesmo tempo em que aumenta a contribuição do trabalhador e altera o cálculo dos benefícios, para conseguir um equilíbrio financeiro e atuarial. Ele atende às exigências do novo patamar de acumulação capitalista. Com a reforma, o trabalhador tem que “trabalhar mais, contribuir mais e receber menos” (SILVA, 2007, p. 192).

No cálculo das aposentadorias por idade e por tempo de contribuição, foi introduzida uma tabela de fatores previdenciários, por meio da qual a expectativa de vida do segurado é calculada com a alíquota de contribuição, a idade e o tempo de contribuição. Se o fator fosse maior que 01 (um), o valor do benefício é aumentado em relação à média do salário de contribuição, se for igual não sofre alteração, se for menor, o valor é reduzido. Por isso, podemos dizer que, os trabalhadores têm que trabalhar mais, ou seja, contribuir mais, pois à medida que a expectativa de vida aumenta o valor dos benefícios é achatado.

Em 2003, o então presidente Luís Inácio Lula da Silva, dá continuidade ao processo de reforma da EC nº 20/98, como parte de seu programa de governo, bem como devido ao crescimento do déficit do orçamento da Previdência, que tinha como justificativa, também, o chamado desequilíbrio atuarial do sistema, acreditando que tal equilíbrio seria alcançado com a equivalência do valor das contribuições ao valor dos benefícios.

Para o Ministério da Previdência Social (2007), o sistema previdenciário dos servidores públicos encontrava-se profundamente desequilibrado, devido às regras

inadequadas para aquisição de aposentadoria e de seus cálculos, pois a Reforma de 1998 não distinguiu com clareza a previdência dos trabalhadores da iniciativa privada em relação à dos servidores públicos. Considerando esse contexto, o Executivo encaminhou ao Congresso Nacional, em Janeiro de 2003, uma proposta de Emenda Constitucional para a Reforma da Previdência. A reforma tinha os objetivos de estabelecer mais equidade social e mais sustentabilidade no longo prazo, ajustar-se às transformações demográficas e aos desejos da sociedade por mais solidariedade nos regimes, embora autônomos entre si, e para que os trabalhadores do Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) e do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) possuíssem um tratamento diferenciado.

Com a EC. nº 41/2003, o regime previdenciário deixou de ser eminentemente comutativo ou contributivo, para também se tornar solidário [...]. No regime meramente comutativo, o valor dos benefícios previdenciários correspondia, na proporção, aos valores das contribuições dos segurados. [...] No regime da solidariedade, os segurados passaram a contribuir sobre todas as verbas de natureza salarial, independente de sua integração ao valor dos benefícios. Foi sob tal fundamento, por exemplo, que os aposentados e pensionistas continuaram a sofrer o desconto da contribuição previdenciária, embora já tivessem contribuído integralmente para aquisição do direito ao benefício (SIMÕES, 2007, p. 143).

Após a intensa polêmica que marcou o primeiro semestre de 2003, como as manifestações de servidores públicos contra o projeto de reforma, as pressões dos governadores, os recuos e reposicionamentos do governo federal, em dezembro do mesmo ano foi promulgada a Emenda Constitucional n. 41/2003, que aprova a Reforma da Previdência Social Brasileira, que tinha como foco a Previdência dos Servidores Públicos.

Em resumo, conforme o Ministério da Previdência Social (2007), os principais pontos da reforma são: idade de referência sobe de 53/48 (H/M) para 60/55 (H/M); nova regra de cálculo de aposentadoria e pensões; teto do RGPS também para futuros servidores públicos, desde que esteja constituída a Previdência Complementar para futuros servidores públicos; contribuição de aposentados e pensionistas; aplicação de teto remuneratório geral (federal, estadual, municipal); indexação de aposentadorias e pensões à inflação/fim da paridade para novos

beneficiários (exceto em alguns casos); incentivos à permanência em atividade; elevação real do teto de RGPS de R\$ 1.869,34 para R\$ 2.400,00¹¹ naquele período.

Neste mesmo ano (2003), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) foi transformado em Ministério da Previdência Social (MPS)¹² (Lei n. 10.683, de 28 de Maio), e o INSS passou a funcionar como órgão executor de benefícios compondo a estrutura da administração indireta, segundo seu regimento interno.

De acordo com Simões (2007), no final de 2006, o governo tinha por objetivo realizar uma nova reforma da Previdência Social com as seguintes finalidades: a indexação dos reajustes anuais dos valores das aposentadorias ao INPC; e a redução da diferença de requisito para a aposentadoria entre homens e mulheres, de cinco para dois. Medidas estas que ainda não foram tomadas.

Portanto, as reformas Previdenciárias promoveram alterações importantes e significativas para concessão dos serviços e benefícios, principalmente, no que se refere às aposentadorias, e isso refletiu diretamente sobre os segurados e beneficiários.

3.3 Os Regimes de Previdência no Brasil

A Previdência Brasileira está organizada em dois regimes jurídicos, de natureza pública: o Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e o Regime Próprio de Previdência Social (RPPS). Além disso, há o Regime de Previdência Complementar, de natureza privada.

O Regime Geral de Previdência Social (RGPS), cujo gestor é o INSS, está previsto no art. 201 da Constituição Federal, e é o regime de previdência que cobre os trabalhadores cujo sistema de contrato é celetista, autônomos, domésticos e trabalhadores rurais. Tem caráter contributivo e a filiação (contribuição) é obrigatória.

O Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) é o regime de previdência dos servidores públicos, titulares de cargo efetivo de natureza estatutária. Administrado pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, de acordo com as

¹¹ Atualmente, o teto do RGPS é de R\$ 3.691,74 (Portaria Interministerial MPS/MF nº 407, de 14 de julho de 2011).

¹² Com o desmembramento dos ministérios foi criado o Ministério da Assistência Social (MAS), sendo transformado no início de 2004 em Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS).

respectivas leis e regulamentos. Segundo Simões (2007) “cada ente federativo pode instituir um regime previdenciário próprio de seus respectivos servidores. [...] Se esse ente não o instituir, os respectivos servidores vinculam-se ao RGPS [...]. Ambos são regimes de direito público e de filiação obrigatória” (p. 132).

Ou seja, os servidores públicos concursados e em cargo efetivo, filiam-se a regimes previdenciários próprios da administração pública, seja ela municipal, estadual ou federal, seguindo os requisitos de seus respectivos planos previdenciários.

O Regime de Previdência Complementar é uma suplementação (complementação) dos benefícios da previdência pública, muitas vezes chamado de fundo de pensão, tem natureza privada e de filiação não obrigatória, com pagamentos independentes dos benefícios da previdência pública. Segundo Simões (2007), nesse regime, os trabalhadores do setor privado e os servidores públicos podem contratar instituições de previdência complementar (Fundos de Pensão) para ter direito a receber, após ter contribuído a determinado período de carência dos pagamentos, (benefícios) complementares pela Previdência Pública.

A Previdência Complementar é dividida em entidades fechadas e entidades abertas, conforme afirma Simões (2007). As Entidades Fechadas são chamadas, de acordo com o MPS, de fundos de pensão, realizadas por organizações sem fins lucrativos, constituídas sob forma de fundações de direito privado ou de sociedade. Elas são acessíveis somente a determinados grupos como, por exemplo, os empregados de uma mesma empresa. As contribuições são destinadas inteiramente à constituição de uma reserva que servirá para pagar os benefícios.

As Entidades Abertas são organizadas sob forma de sociedades anônimas, com fins lucrativos, e qualquer pessoa pode se filiar a ela. Os planos de benefícios das entidades abertas são divididos em: individuais, acessível a qualquer pessoa física; e coletivos, acessível a pessoas jurídicas vinculadas a uma ou mais pessoas jurídicas constantes; por exemplo, quando uma entidade representativa de pessoas jurídicas contrata um plano previdenciário coletivo, para grupos de pessoas físicas, ou seja, são contratados pela empresa empregadora.

3.4 Segurados do Regime Geral de Previdência Social

No que se refere aos segurados, é chamado de segurado todo cidadão maior de 16 anos que contribui mensalmente para a Previdência Social e este passa a ter direito aos benefícios e serviços oferecidos pelo INSS.

Os segurados são divididos em dois grupos (tipos): segurados obrigatórios e segurados facultativos, conforme explica Kertzman (2005).

Os Segurados Obrigatórios são os trabalhadores acima de 16 anos que realizam atividade remunerada lícita. São eles: empregado, empregado doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual e segurado especial.

Os Empregados são os que trabalham com carteira assinada. Incluem também, os trabalhadores temporários, os diretores/empregados, as pessoas que prestam serviços a órgãos públicos (como as que têm mandato eletivo, ministros e secretários de Estado, desde que não estejam em regimes especiais de previdência), brasileiros e estrangeiros que trabalham em empresas brasileiras instaladas em outros países (inclusive em multinacionais e órgãos internacionais que operam no Brasil) e pessoas que trabalham no Brasil para missões diplomáticas.

Já o Empregado Doméstico, é o trabalhador que presta serviço na residência de outra pessoa ou família, contanto que esse serviço não tenha fins lucrativos para o empregador. Essa categoria inclui a doméstica, o motorista, o caseiro, o jardineiro, a governanta, entre outros.

Os Trabalhadores Avulsos são aqueles que prestam serviços a várias empresas, mas contratados por sindicatos ou órgãos gestores, ou seja, não têm vínculo de emprego. As várias categorias que compõem esse quadro são: estivador, carregador, amarrador de embarcações, ensacador de cacau e café, e outros.

Os Contribuintes Individuais são aqueles que exercem atividades por conta própria ou prestam serviços à empresa, mas não são seus funcionários. Em geral, estão ligados à agropecuária, pesca, extração mineral e prestação de serviços. Também, estão nessa categoria, sacerdotes, dirigentes remunerados de sociedade civil, síndicos remunerados, trabalhadores por conta própria, condutores de veículos rodoviários autônomos, feirantes, ambulantes, associados de cooperativas de trabalhadores, diaristas, pintores, entre outros;

E o Segurado Especial são trabalhadores rurais que produzem junto com suas famílias. Assim, os cônjuges, companheiros e filhos maiores de 16 anos que produzem com o grupo familiar, são considerados segurados especiais. Na categoria estão incluídos pescadores artesanais e o índio que trabalha no campo, bem como seus grupos familiares. Além disso, o segurado especial pode contratar até 120 empregados temporários anuais.

Os Segurados Facultativos são todos os cidadãos maiores de 16 anos que não exerce atividade remunerada que o vincule obrigatoriamente ao sistema previdenciário (não tem renda própria), mas decidem contribuir. São eles: estudantes, donas-de-casa, síndicos não-remunerados, entre outros.

3.5 Alguns conceitos importantes na Previdência Social

Para compreendermos a Previdência Social, seus benefícios e serviços, é preciso que, primeiramente, possamos definir alguns conceitos importantes. São eles: filiação e inscrição, tomadores de serviço, remuneração, salário de contribuição, salário de benefício e período de carência.

Considera-se inscrição o ato formal que identifica o segurado na Previdência Social, ou seja, é o mero cadastro no INSS mediante comprovação dos dados pessoais e de todos os outros dados necessários.

A inscrição do segurado empregado e do trabalhador avulso será efetuada diretamente pela empresa, sindicato ou órgão gestor de mão-de-obra no próprio documento declaratório enviado mensalmente à Previdência (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social – GFIP), a dos demais segurados deve ser feita por estes no INSS, por meio de suas agências, pela internet ou pelo atendimento telefônico da Previdência Social (KERTZMAN, 2005, p. 52).

Ao se inscrever, o segurado passa a ter um Número de Identificação do Trabalhador (NIT).

Considera-se filiada toda pessoa que desenvolve qualquer forma de trabalho lícito, ou seja, qualquer atividade remunerada legal, mesmo que não tenha carteira assinada. Pode ser uma vendedora de pães caseiros, costureiras, pedreiros, etc., ou seja, é todo trabalho que caracteriza o indivíduo e dá direitos para que esse trabalhador tenha habilitação para inscrever-se na Previdência Social.

É necessário que o filiado faça sua inscrição no INSS para formalizar sua filiação, e assim esse trabalhador será reconhecido como segurado na Previdência Social e poderá ter direitos aos benefícios e serviços que ela oferece.

O fato de não existir fiscalização constante dificulta a garantia de que esses trabalhadores sejam identificados e que seja exigida sua inscrição. Sem esta garantia, não têm acesso aos direitos proporcionados por ela, já que, sem contribuir, esses trabalhadores não terão acesso aos benefícios e serviços da Previdência Social.

No que se refere aos Tomadores de Serviço do Regime Geral de Previdência Social, são chamadas de Tomadores de Serviços as empresas e entidades equiparadas a uma empresa e os empregadores domésticos, ou seja, os contratantes de serviços.

Segundo Kertzman (2005), toda pessoa que contrata serviços de outro indivíduo para exercer trabalho em seu benefício próprio, mesmo os órgãos públicos, é considerado empresa. Uma prefeitura, por exemplo, possui todas as obrigações de uma empresa, devendo efetuar declarações para o fisco previdenciário e recolher as contribuições, quando da contratação de segurados vinculados ao RGPS.

Conforme o mesmo autor, também são equiparadas, ou seja, consideradas empresas para a Previdência: o contribuinte individual em relação ao segurado que lhe presta serviço. Por exemplo, o dentista, proprietário de um consultório particular, que contrata uma secretária; a cooperativa, a associação ou a entidade de qualquer natureza ou finalidade, inclusive a missão diplomática e a repartição consular de carreiras estrangeiras; o operador portuário e o órgão gestor de mão-de-obra; o proprietário e dono de construção civil, quando pessoa física, em relação ao segurado que lhe presta serviço.

Além disso, os empregadores domésticos, ou seja, a pessoa ou família que contrata (remunera) o serviço de um empregado doméstico, desde que não seja de

fins lucrativos, são considerados tomadores de serviço, porém, não possuem todas as obrigações fiscais de uma empresa.

Para compreender o conceito de salário de contribuição, é necessário, segundo Kertzman (2005), primeiro entender o que é remuneração. Há inúmeras correntes doutrinárias acerca dos conceitos de salário e remuneração, mas a que atende ao objetivo deste texto é a seguinte:

Remuneração pode ser definida como o ganho decorrente do trabalho, englobando salário, gorjetas e complementos salariais, o salário é a parte fixa paga diretamente pelo patrão ao trabalhador como forma de retribuição por seu serviço. A gorjeta é parte variável paga por terceiros a quem se destinou o serviço. Já os complementos salariais são as vantagens obtidas pelos trabalhadores em decorrência de suas reivindicações atendidas por lei ou por norma coletiva, como férias, 13º salário, adicionais, etc. (KERTZMAN, 2005, p. 59).

De acordo com o mesmo autor, não fazem parte da remuneração as parcelas indenizadoras, por não serem pagas como fruto do trabalho. Além disso, os valores ressarcitórios também não fazem parte da remuneração, pois são reembolsos de pagamentos que o funcionário antecipou para executar alguma atividade de interesse do patrão.

O salário de contribuição, conforme Kertzman (2005), é a base de cálculo das contribuições previdenciárias, e varia de acordo com a categoria de trabalhadores. Para empregado ou trabalhador avulso a base é a remuneração recebida, em uma ou mais empresas, é a totalidade dos rendimentos durante o mês para retribuir o trabalho; para o empregado doméstico a base é a remuneração recebida na Carteira de Trabalho e Previdência Social; para o contribuinte individual a base é a remuneração recebida durante o mês; para o segurado facultativo a base é o valor declarado por ele. O segurado especial é a única categoria de segurado obrigatório que não utiliza o conceito de salário de contribuição, pois usa como base a comercialização da produção rural.

O salário de contribuição tem limite máximo e mínimo para calcular as contribuições mensais dos trabalhadores, definidos, respectivamente, como teto e piso. Esses limites são usados por todos os tipos de segurados e um tipo de

tomador de preço de serviço, o empregado doméstico. As empresas e entidades a ela equiparadas não têm limitação e usam, portanto, salário de contribuição integral.

O piso, ou seja, o limite mínimo corresponde, conforme o art. 28, inciso 3º da Lei n. 8.212/91, ao piso salarial da categoria, seja ele legal ou normativo. Se inexistir piso salarial, toma-se o salário mínimo no seu valor mensal, diário, ou horário, conforme o ajustado e o tempo de trabalho efetivo durante um mês.

O teto, ou seja, o limite máximo corresponde atualmente a R\$ 3.691,74 e foi regulamentado pela Portaria Interministerial nº. 407, de 14 de julho de 2011. Caso os segurados recebam valores superiores deverão contribuir sobre o referido teto, nada mais sobre o excedente.

As empresas e equiparadas devem contribuir sobre a remuneração paga, devida ou creditada aos trabalhadores que lhe prestem serviços.

Outro conceito importante é o de salário de benefício, que conforme Kertzman (2005), este é base de cálculo para os benefícios do RGPS. E a partir dessa base será calculado o valor da renda mensal do benefício previdenciário, por meio da aplicação de percentuais, dependendo do benefício.

Sendo assim, o salário do benefício para aposentadoria por idade e tempo de contribuição é calculado pela média dos 80% maiores salários de contribuição de todo o período contributivo, multiplicado pelo fator previdenciário¹³. E para a aposentadoria especial por invalidez, auxílio-doença e auxílio-acidente, o salário de benefício é calculado pela média dos 80% maiores salários de contribuição de todo o período contributivo.

No entanto, o salário de benefício não é utilizado para calcular os seguintes benefícios previdenciários: salário-família, pois o valor do benefício equivale a uma cota fixa por filho menor de 14 anos ou inválido, de qualquer idade; salário-maternidade, pois é calculado de forma diferenciada, sem considerar todo o período contributivo; pensão por morte; auxílio-reclusão.

Note que o valor do salário de benefício nunca será inferior a um salário mínimo e nem superior ao limite máximo do salário de contribuição.

De acordo com Kertzman (2005), o fator previdenciário utilizado como multiplicador da média de 80% dos salários de contribuição, nas aposentadorias por idade (facultativamente) e tempo de contribuição (obrigatoriamente), tem valor maior

¹³ O fator é obrigatório para a aposentadoria por tempo de contribuição e facultativo para a aposentadoria por idade.

ou menor que o número 1. Ou seja, sendo maior, elevará o valor do salário de benefício; sendo menor, diminuirá o valor.

O cálculo do fator previdenciário leva em consideração o tempo de contribuição, a idade do segurado e a expectativa de sobrevida¹⁴ no momento da aposentadoria. Quanto maior a idade e o tempo de contribuição, maior o valor do benefício. E quanto maior a expectativa de sobrevida, menor será o benefício.

Lembre-se de que, conforme cita Gonçalves (2007), esta fórmula foi estabelecida para as aposentadorias com 35 anos de contribuição, portanto, o tempo de contribuição, para fins de aplicação do fator previdenciário, é acrescido de: 5 anos quando o requerente for mulher ou professor de magistério; e 10 anos se a segunda for professora de magistério.

E o período de carência é um número de contribuições mensais necessárias para que seja efetivado o direito a algum benefício do regime de previdência ao qual ele seja segurado.

“Período de carência é um número mínimo de contribuições mensais indispensáveis para que o beneficiário faça jus ao benefício, consideradas a partir do transcurso do primeiro dia dos meses de suas competências”. (Lei n. 8.213, art. 24, p. 8, 1991)

Segundo Kertzman (2005) a carência é contada mês a mês, portanto, se um segurado efetiva, no mesmo mês, 20 (vinte) contribuições relativas a períodos anteriores, contará com 20 meses de contribuição e somente um de carência. E também, a contribuição sobre o 13º salário não é considerada para efeito de carência.

Os benefícios sujeitos à carência são: auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, com carência de 12 contribuições mensais, ela só é dispensada nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa, doença profissional ou do trabalho, ou doença e afecções específicas em lista elaborada pelo Ministério da Saúde e da Previdência Social; aposentadoria por idade, tempo de contribuição e especial, com carência de 180 contribuições mensais; salário-maternidade para as contribuintes individuais, especial e facultativa, com carência de 10 contribuições mensais.

¹⁴ A tabela de expectativa de sobrevida é emitida pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Porém, os benefícios de pensão por morte, auxílio-reclusão, salário-família e salário-maternidade para empregadas avulsas e empregadas domésticas não exigem período de carência.

3.6 Plano de Benefícios da Previdência Social

Neste item, vamos apresentar os beneficiários do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), os benefícios e os serviços da Previdência Social, regulamentados pela Lei n. 8.213, de 24 de Julho de 1991. Mas antes, precisamos conhecer quem são os beneficiários da Previdência Social.

Os beneficiários são as pessoas que têm direito a algum benefício ou serviço previdenciário. “Os beneficiários do Regime Geral de Previdência Social classificam-se como segurados e dependentes [...]”. (LEI n. 8.213, art. 10, 1991, p. 3)

Para Gonçalves (2007), o filiado é considerado beneficiário direto, pois contribui obrigatoriamente para a Previdência Social. E as pessoas que dependem economicamente deste trabalhador, total ou parcialmente, são beneficiários indiretos.

Os segurados do RGPS, conforme já citado no item 2.1.1 desde capítulo, são os que exercem atividade remunerada de filiação obrigatória ou os que, mesmo não exercendo, optam pela inclusão na Previdência Social por iniciativa própria. Segundo Kertzman (2005), os segurados, por contribuírem para o custeio da Previdência Social, têm direito aos benefícios e serviços por ela oferecidos.

Os dependentes do segurado também têm direito a alguns benefícios do RGPS, sem precisar contribuir para a Previdência Social. Eles só realizam a inscrição no INSS no momento do requerimento do benefício a que tiver direito.

A relação de dependente, de acordo com Kertzman (2005), é dividida em três classes, sendo que os dependentes da primeira classe terão prioridade na inscrição para concessão do benefício, seguidos, sucessivamente, pelos da segunda e da terceira classe.

Os dependentes de primeira classe são: o cônjuge, a companheira ou o companheiro (heterossexuais ou homossexuais), a ex-mulher ou ex-marido que

recebe pensão alimentícia, filho menor de 21 anos não emancipado¹⁵, o filho deficiente (incapaz) de qualquer idade, o menor tutelado ou o enteado.

Os dependentes de segunda classe são os pais dependentes economicamente. E os dependentes de terceira classe são: o irmão menor de 21 anos, não emancipado e dependente economicamente, e o irmão deficiente (incapaz) de qualquer idade, dependente economicamente.

Note que os dependentes de segunda e terceira classes têm que comprovar dependência econômica para que possam ter direito aos benefícios.

3.7 Benefícios do Regime Geral de Previdência Social

Conforme afirma Kertzman (2005), os benefícios previdenciários são prestações pagas em dinheiro, aos trabalhadores ou a seus dependentes. Eles são divididos em: aposentadoria, salário, pensão e auxílio. São oferecidos aos segurados e seus dependentes, em caso de doença, acidente de trabalho, velhice, maternidade, morte ou reclusão.

Os benefícios pagos aos segurados são: Aposentadorias – por invalidez, por idade, por tempo de contribuição e aposentadoria especial; Salários – salário-família e salário-maternidade; Auxílios – auxílio-doença e auxílio-acidente. E os benefícios pagos aos dependentes são: pensão por morte e auxílio-reclusão.

Os benefícios do Regime Geral de Previdência Social estão regulamentados do art. 42 ao art. 86 da Lei n. 8.213/91.

No que se refere à Aposentadoria por Invalidez, segundo Kertzman (2005), ela será devida ao segurado que, estando ou não em gozo de auxílio-doença, for considerado incapaz para o trabalho e insuscetível de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência, sendo-lhe paga enquanto permanecer nessa condição. O benefício será concedido se comprovada a incapacidade, mediante exame médico-pericial realizado pela Previdência Social.

¹⁵ A emancipação pode ocorrer pelo casamento, pela concessão dos pais, ou pela existência da relação de emprego que garanta o próprio sustento, a partir dos 16 anos.

No entanto, a doença ou lesão de que o segurado já era portador ao filiar-se ao RGPS não lhe dará direito à aposentadoria por invalidez, salvo se a incapacidade for causada por motivo de progressão ou agravamento dessa lesão ou doença.

O salário de benefício da aposentadoria por invalidez é calculado pela média dos 80% maiores salários de contribuição, e a renda mensal do benefício equivale a 100% do salário de benefício. Note que, se o segurado aposentado por invalidez necessitar da assistência permanente de outra pessoa, terá o valor de benefício acrescido de 25%, mesmo que o valor da aposentadoria ultrapasse o limite do salário de contribuição.

O segurado aposentado por invalidez está obrigado a submeter-se, a cada dois anos, a exame médico realizado pela Previdência Social, a processo de reabilitação profissional por ela prescrito e custeado, e a tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos. Conforme Kertzman (2005), caso não realize essas exigências o benefício será suspenso.

O aposentado por invalidez que retornar ao trabalho terá seu benefício cancelado a partir da data do retorno, e os valores recebidos indevidamente deverão ser devolvidos a Previdência Social, pois a concessão da aposentadoria por invalidez está condicionada ao afastamento de todas as atividades.

Além disso, a aposentadoria por invalidez pode cessar pela transformação desta em aposentadoria por idade, pela recuperação da capacidade para o trabalho ou pela morte do segurado.

Nesse sentido, como dito no item 2.1.7 deste capítulo, a carência para concessão da aposentadoria por invalidez é de 12 contribuições mensais, sendo dispensada nos casos de acidente de qualquer natureza ou causa, doença profissional ou do trabalho e de doenças e afecções especificadas em lista elaborada pelo Ministério da Saúde e da Previdência Social.

Já a Aposentadoria por Idade será devida ao segurado que completar 65 anos de idade, se homem, ou 60 anos, se mulher. Sendo que os trabalhadores rurais terão esses limites reduzidos para, 60 anos (homem) e 55 anos (mulher). De acordo com Simões (2007), ao completar 70 anos de idade, se homem, ou 65 anos, se mulher, o segurado pode ser aposentado compulsoriamente, por seu empregador, se tiver cumprido a carência.

Segundo Kertzman (2005), a aposentadoria por idade poderá ser decorrente da transformação de aposentadoria por invalidez ou auxílio-doença, desde que requerida pelo segurado, e cumprida a carência exigida.

Conforme o mesmo autor, o valor do benefício consiste em 70% do salário de benefício, acrescido de mais 1% por ano de contribuição, até o máximo de 100%. E a carência para concessão desse benefício é de 180 contribuições mensais, sendo que, para os segurados especiais ela é substituída pela comprovação do exercício de atividade rural por período igual ao número de meses correspondentes à carência do benefício requerido. Ela cessa somente com a morte do segurado.

A aposentadoria por tempo de contribuição pode ser proporcional ou integral. A aposentadoria por tempo de contribuição integral, segundo Simões (2007), é concedida ao segurado que tiver 35 anos de contribuição, se homem, ou 30 anos de contribuição, se mulher. Para os professores de magistério serão reduzidos 5 anos, portanto a aposentadoria será concedida após 30 anos de contribuição, se homem, ou 25 anos, se mulher. A carência é de 180 contribuições mensais, e a renda mensal é de 100% do salário de benefício.

A aposentadoria por tempo de contribuição proporcional é devida ao segurado que tiver 30 anos de contribuição e 53 anos de idade, se homem; ou 25 anos de contribuição e 48 anos de idade, se mulher. Para isso deve ter cumprido a carência de 180 contribuições.

Segundo Simões (2007), o tempo de contribuição, para o segurado inscrito até 16 de dezembro de 1998, deve ser acrescido de um adicional (pedágio)¹⁶ de 40% sobre o tempo que faltava para completar 30 anos de contribuição, se homem, ou 25 anos, se mulher.

A renda mensal do benefício é 70% do valor do salário de benefício, acrescido de 5% por anos de contribuição posterior, até o máximo de 100%. A aposentadoria por tempo de contribuição somente cessa com a morte do segurado.

Outro benefício é a Aposentadoria Especial, que será concedida ao segurado que tiver trabalhado durante 15, 20 ou 25 anos, conforme o caso, sujeito a condições especiais de insalubridade que prejudiquem a saúde ou integridade física.

Segundo Kertzman (2005), a concessão da aposentadoria especial dependerá de comprovação do tempo de trabalho permanente, e a efetiva exposição

¹⁶ Regra de Transição aprovado pela Emenda Constitucional 20/98.

aos agentes nocivos, químicos, físicos, biológicos ou associação de agentes prejudiciais à saúde ou à integridade física, pelo período equivalente ao exigido para a concessão do benefício.

Conforme Simões (2007), a comprovação de efetiva exposição aos agentes nocivos será feita mediante um laudo técnico denominado Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), emitido pela empresa empregadora. No entanto, se a empresa oferecer equipamentos de proteção individual e coletiva que eliminem, minimizem ou controlem a exposição aos agentes nocivos, a aposentadoria especial não será concedida.

Se o aposentado especial voltar a exercer atividade ou operações de exposição aos agentes nocivos terá o benefício suspenso, e poderá restabelecê-lo se afastar-se da atividade. Ela somente cessa com a morte do segurado. Mas, o aposentado especial pode retornar ao trabalho em atividades comuns, conforme afirma Kertzman (2005).

O valor do benefício equivale a 100% de seu salário de benefício. E a carência exigida para a concessão da aposentadoria por invalidez é de 180 contribuições mensais.

Também têm direito ao benefício os professores que comprovem tempo de serviço exclusivamente de magistério oficial, menos o ensino superior. Para aposentar-se deverão cumprir um período de contribuição: 25 anos a mulher e 30 anos o homem.

Além das aposentadorias, o salário também é um tipo de benefício previdenciário. E pode ser o salário-família ou o salário-maternidade.

O salário-família é devido ao segurado empregado e ao segurado trabalhador avulso de baixa renda, na proporção do respectivo número de filhos ou equiparados, menores de 14 anos, ou inválidos, de qualquer idade. E como cita Kertzman (2005), os aposentados, a partir dos 65 anos, se homem, e 60 anos, se mulher, têm direito ao salário- família.

Considera-se trabalhador de baixa renda o que recebe remuneração igual ou inferior a R\$ 862,60¹⁷.

O valor do salário-família é de: R\$ 29,43 por filho de até 14 anos de idade ou inválidos de qualquer idade, para quem ganha até R\$ 573,91. Para o trabalhador

¹⁷ Portaria Interministerial nº 407, de 14 de julho de 2011, conforme Regulamento da Previdência Social, de forma retroativa à 1º de janeiro de 2011.

que recebe de R\$ 573,91 até R\$ 862,60, o valor do salário-família por filho, de até 14 anos de idade ou inválido de qualquer idade, é de R\$ 20,74

O salário-família cessa nos seguintes casos: por morte do filho ou equiparado; quando o filho ou equiparado completar 14 anos de idade, salvo se inválido; pela recuperação da capacidade do filho ou equiparado inválido; e pelo desemprego do segurado.

Já o Salário-Maternidade é devido à gestante durante 180 dias, com início 28 dias antes e término 152 dias depois do parto. Podendo ser concedido até o dia do parto. Na hipótese de aborto não criminoso, a licença é de duas semanas. Se o aborto ocorrer após seis de gestação, caracteriza-se o parto, e será concedida à segurada o benefício integral, ou seja, 180 dias.

Conforme Simões (2007), também é pago o salário-maternidade em caso de adoção ou guarda de criança, nas seguintes proporções: 120 dias, se a criança tiver até 1 ano de idade; 60 dias, se a criança tiver de 1 a 4 anos de idade; e 30 dias, se a criança tiver de 4 a 8 anos de idade. E também é devido à trabalhadora dispensada do emprego, mesmo por falta grave, desde que esteja no período de graça¹⁸.

O período de carência para concessão do salário-maternidade é de 10 contribuições mensais. Mas, de acordo com Kertzman (2005), somente é exigida carência para a concessão do benefício para as seguradas contribuintes individuais, especial e facultativa. E em caso de parto antecipado, o período de carência é reduzido em número de contribuições equivalente ao número de meses em que o parto foi antecipado. Portanto, as seguradas empregadas, avulsas e empregadas domésticas não dependem de carência para receber estes benefícios.

O salário-maternidade será devido à segurada especial desde que comprove o exercício de atividade rural, nos últimos 10 meses anteriores ao requerimento do benefício.

O cálculo do valor da renda mensal do salário-maternidade dependerá da categoria da segurada, conforme explicamos a seguir: para empregada é o valor de sua remuneração integral; para a trabalhadora avulsa é o valor de sua última remuneração integral, equivalente a um mês de trabalho; para a empregada doméstica é o valor correspondente a seu último salário de contribuição; para a segurada especial é o valor de um salário mínimo, salvo se recolher suas

¹⁸ Desde que mantenha a sua condição de segurada.

contribuições, facultativamente como contribuinte individual; e para a contribuinte individual e facultativa o valor é de 1/12 da soma dos últimos 12 salários de contribuição.

Alguns auxílios são benefícios previdenciários. São eles: auxílio-doença e auxílio-acidente, pagos aos beneficiários, e o auxílio-reclusão pago aos dependentes.

O auxílio-doença é devido ao segurado que ficar incapacitado para o trabalho ou para atividade habitual, causado por doença ou acidente. Os primeiros 15 dias de licença médica são pagos pela empresa. Se a incapacidade persistir, a previdência passa a pagar o auxílio, após perícia médica, até que o segurado se recupere integralmente e retorne ao trabalho. Note que, se a perícia atestar que sua incapacidade é definitiva e total, o trabalhador será aposentado por invalidez.

Neste caso, conforme explica Kertzman (2005), o segurado aposentado por invalidez está obrigado a submeter-se a exame médico, realizado pela Previdência Social, a processo de reabilitação profissional, por ela prescrito e custeado, e a tratamento dispensado gratuitamente, exceto o cirúrgico e a transfusão de sangue, que são facultativos, e caso não realize essas exigências o benefício será suspenso.

O valor do auxílio-doença é de 91% do salário de benefício, no entanto, para os segurados que perderam essa qualidade por terem deixado de contribuir o cálculo do salário de benefício equivale à média dos últimos 36 meses de contribuição. E o período de carência para a concessão do benefício é de 12 contribuições mensais, sendo dispensada nos casos de acidente de qualquer natureza, doença profissional ou do trabalho e afecções especificadas em lista elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Previdência Social.

O benefício cessa com a recuperação da capacidade para o trabalho ou com a transformação em aposentadoria por invalidez, ou em auxílio acidente de qualquer natureza.

Já o Auxílio-Acidente é concedido, como forma de indenização, ao segurado empregado, exceto o doméstico, ao trabalhador avulso e ao segurado especial, quando após a consolidação das lesões decorrentes de acidente de qualquer natureza, resultar sequela definitiva que implique: a redução da capacidade para o trabalho que habitualmente exerciam e exija maior esforço para o desempenho da mesma atividade que exercia à época do acidente: a impossibilidade de

desempenho da atividade que exerciam à época do acidente, porém permitia o desempenho de outra, após o processo de reabilitação profissional.

A renda mensal do auxílio-acidente corresponderá a 50% do salário de benefício. Não há necessidade de carência para concessão do benefício.

De acordo com Kertzman (2005), o auxílio-acidente será suspenso quando da mesma concessão ou da reabertura do auxílio-doença em razão do mesmo acidente ou doença que lhe tenha dado origem. O benefício será restabelecido após a cessação do auxílio-doença concedido ou reaberto.

O auxílio-reclusão é devido aos dependentes do segurado de baixa renda, que recebem remuneração igual ou inferior a R\$ 862,60¹⁹ e, que estes estejam presos ou reclusos, sob regime fechado ou semiaberto. O benefício será mantido enquanto o segurado permanecer como detento ou recluso. Para isso, os dependentes deverão se apresentar, trimestralmente, atestando que o segurado continua detido ou recluso.

Segundo Kertzman (2005), os pagamentos do auxílio-reclusão serão suspensos nos casos de: fuga do segurado; se o segurado passar a receber auxílio-doença; se o dependente deixar de apresentar atestado trimestral para prova de que o segurado permanece recolhido à prisão; e quando o segurado deixar a prisão por livramento condicional para cumprir a pena em regime aberto ou por prisão albergue. E o auxílio-reclusão cessa: pela perda da qualidade de dependente, de todos os dependentes; se o segurado passar a receber aposentadoria; pelo óbito do segurado; e na data da soltura.

Note que, se o segurado falece na prisão, o auxílio-reclusão transforma-se automaticamente em pensão por morte.

O valor do benefício é proporcional ao salário de contribuição do segurado. E se houver mais de um dependente, é dividido entre todos em quotas de valor igual. Além disso, não é exigido tempo mínimo de contribuição, ou seja, carência, mas o segurado deve estar em dia com as contribuições previdenciárias.

Outro benefício é a Pensão por Morte, devida aos dependentes do segurado que falecer, aposentado ou não. E será devida, também, ao dependente inválido se for comprovada pela perícia médica a existência da invalidez na data do óbito do segurado. Já o dependente, que tiver idade inferior a 18 anos e que se invalidar

¹⁹Portaria Interministerial nº 407 de 14 de julho de 2011, conforme Regulamento da Previdência Social, de forma retroativa à 1ª de janeiro de 2011.

antes de completar 21 anos, continuará recebendo a sua cota na pensão, se confirmada a invalidez por perícia médica, conforme explica Kertzman (2005).

O valor do benefício é de 100% do valor da aposentadoria do segurado ou de 100% do valor que teria direito se o segurado estivesse aposentado por invalidez. Além disso, para concessão do benefício não é necessário o período de carência.

De acordo com Kertzman (2005), o pagamento da cota individual da pensão por morte cessa: pela morte do pensionista; para o pensionista menor de idade, ao completar 21 anos, ou pela emancipação (salvo se a emancipação for colação de grau em ensino superior); e para o pensionista inválido, pela cessação de invalidez.

Além dos benefícios, a Previdência Social oferece serviços para os segurados e seus dependentes. Os serviços buscam apoiar os segurados no exercício de sua atividade ou na relação com a Previdência Social e com a própria sociedade. Eles estão previstos nos arts. 88 e 89 da Lei 8.213/91. Os serviços são divididos em dois: Serviço Social e Habilitação e Reabilitação Profissional.

O Serviço Social previdenciário está previsto no art. 88 da Lei 8.213/91 e regulamentado pelo decreto 3.048/99, e foi instituído, segundo Simões (2007), para prestar aos segurados orientação e apoio nos problemas pessoais e familiares e melhorar a sua inter-relação com a Previdência Social, para a solução de questões referentes aos benefícios. Quando necessário de convênios, acordos e contratos.

Compete ao serviço social esclarecer aos beneficiários seus direitos sociais e os meios de exercê-lo, estabelecendo, conjuntamente, o processo de solução dos problemas que emergirem de sua relação com a Previdência Social, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica com a sociedade (KERTZMAN, 2005, p. 143).

O Serviço Social prioriza o atendimento aos segurados no que se refere ao benefício por incapacidade temporária e dá atenção especial aos aposentados e pensionistas, com prioridade ao idoso.

Conforme Simões (2007), são atribuições do assistente social: elaboração de pareceres sociais em processos de benefícios e avaliação médico-pericial; assessoramento técnico aos Estados e municípios, solicitados por Conselhos de Previdência Social; fornecimento de meios para que o segurado obtenha

documentação necessária ao gozo dos direitos previdenciários; e pareceres socioeconômicos.

O Serviço Social tem como diretriz a participação do beneficiário na implantação do fortalecimento da política previdenciária, em articulação com as entidades de classe.

No que se refere à Habilitação e Reabilitação Profissional, visam à proporcionar aos beneficiários, incapacitados parcial ou totalmente para o trabalho, e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re)educação ou (re)adaptação profissional e social para que possam participar do mercado de trabalho e do contexto em que vivem, conforme explica Martins (2007).

A reabilitação tem por objetivo preparar o acidentado para o exercício de suas funções ou de outra função. De acordo com Kertzman (2005), o INSS deve promover a prestação desse serviço aos segurados, inclusive aposentados, em caráter obrigatório, e, de acordo com suas possibilidades, a seus dependentes, preferencialmente mediante contratação de serviços especializados.

O serviço de habilitação e reabilitação profissional será executado por equipe multiprofissional especializada em medicina, serviço social, psicologia, sociologia, fisioterapia, terapia ocupacional e outras afins ao processo sempre possível na localidade do domicílio do beneficiário (KERTZMAN, 2005, p. 144).

O INSS deve fornecer aparelhos de prótese, órtese e de locomoção, seu reparo ou substituição, conforme o caso, transporte necessário e auxílio para exames, fora do município de domicílio.

A empresa que conta com número igual ou superior a 100 empregados está obrigada a preencher seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas portadoras de deficiência habilitadas, na seguinte proporção: 2% para a empresa que tenha de 100 a 200 empregados; 3% para a empresa que tenha de 201 a 500 empregados; 4% para a empresa que tenha 501 a 1000 empregados; e 5% para a empresa que tenha 1001 ou mais empregados.

Conforme afirma Kertzman (2005), a habilitação e reabilitação oferecidas pelo INSS não dizem respeito ao acondicionamento físico ou mental dos beneficiários, mas à (re)capacitação para uma nova atividade, inclusive por meio de promoção de

treinamentos em entidades conveniadas, como Senai e Senac. Além disso, não é necessário período de carência para a habilitação e reabilitação profissional.

4 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A MATERIALIZAÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS E PREVIDENCIÁRIOS.

O papel do assistente social é de fundamental importância na Instituição hospitalar, para que suas atribuições se materializem numa posição ética, comprometida com a democracia, liberdade e a justiça social, tendo como referência os interesses e necessidades dos diferentes segmentos da classe trabalhadora, pautado na competência do exercício profissional e nas leis que legitimam a sua prática, Lei nº 8.662 de 07/06/1993, de Regulamentação da Profissão e o Código de Ética de 1993.

No espaço sócio-ocupacional, o assistente social é o mediador da prestação de serviço entre a população alvo, em que esta deverá atingir, e a instituição. Dessa forma, vale ressaltar a importância do profissional na sua área de conhecimento, proporcionando a articulação das três dimensões: teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, sinalizando que cada uma é de essencial relevância para a atividade profissional qualificada. Assim, cabe ao assistente social identificar o que deverá ser informado e a quem direcionar sua ação comprometendo-a com uma “[...] possibilidade de enfrentamento da cultura de desinformação” (SARMENTO, 1994, p. 273).

Nesse sentido, a informação/orientação na unidade hospitalar ou em outro espaço sócio-ocupacional é um importante instrumento-técnico na prática profissional do Serviço Social, pois ao utilizar desta técnica, o assistente social tem por objetivo levar conhecimento e esclarecimento das informações aos usuários, aqui mais especificamente sobre os direitos sociais e previdenciários.

4.1 Elementos para discussão sobre o Serviço Social na Saúde

Segundo lamamoto (2001), o Serviço Social tem sua gênese como profissão institucionalizada, na passagem do capitalismo concorrencial ao monopolista e na divisão social e técnica do trabalho. Embasado na afirmação do Serviço Social como profissão, é que analisaremos de modo mais detalhado quais as implicações da profissão na conjuntura da saúde e as diversas atribuições do assistente social na mesma, com maior ênfase no âmbito hospitalar.

A saúde é a área sócio-ocupacional que mais emprega o assistente social. Nesta perspectiva, o profissional intervém, junto à população usuária, na inserção dos mesmos nas políticas públicas sociais, aos mecanismos que minimizem seus problemas e que lhes garantam formas dignas de bem estar. Ou seja, que assegurem as condições mínimas de cidadania. Quanto a estas políticas, lamamoto (2001) salienta:

políticas sociais voltadas à preservação dos mínimos vitais dos segmentos da crescente população excedente lançados ao pauperismo; e ao seu controle político, preservando o direito à sobrevivência de imensos contingentes sociais e alimentando o consenso de classe necessário à luta hegemônica (p. 343).

De acordo com o inciso I, do Art. 4º da Lei nº 8.662 de Regulamentação da Profissão de 1993, é competência do assistente social “elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto aos órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares”. É neste sentido, que o Serviço Social intervém, através dos seus profissionais, com estas mesmas políticas, na conjuntura da saúde, para além dos sofrimentos físicos e psíquicos, no enfrentamento das inúmeras expressões da questão social, que por ventura irão infringir na saúde da população usuária, com ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde e inserção dos usuários em programas que viabilizem resultados quanto as suas demandas. Em síntese, o assistente social, como profissional de saúde, tem como competência intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de prestação

de serviços no setor, seja ao nível de promoção, proteção e / ou recuperação da saúde.

Conforme consta nos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2009), o Serviço Social deve compreender suas ações articulado a outras profissões, na intensificação e eficácia do SUS, na fomentação de alternativas que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde. Sendo todo este trabalho amparado e fundamentado nas reflexões acerca do fazer profissional comprometido com o projeto ético-político do Serviço Social.

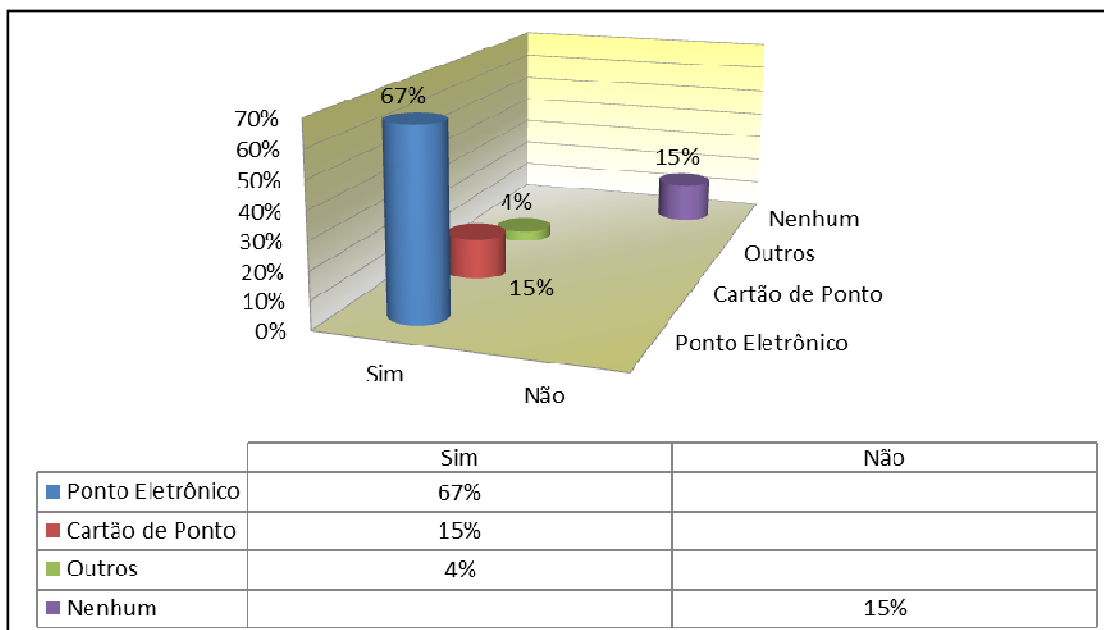


GRÁFICO 05 – Controle de carga horária e mecanismos de controle.
Fonte: Pesquisa direta, 2012.

A análise do gráfico acima colabora com a observação da principal forma de controle de carga horária de trabalho dos funcionários. Definido, a partir das entrevistas, que 15% dos entrevistados não possuem nenhum tipo de controle, porém, a grande maioria é supervisionada pelo ponto eletrônico que se mostra eficaz para o controle destes trabalhadores, porém não é bem aceito pelos mesmos. Alguns funcionários afirmaram que precisam se alimentar rapidamente devido ao curto prazo de tempo de almoço, comprometendo o descanso antes do retorno para as atividades no turno seguinte, tornando para estes uma questão de saúde.

De acordo com os dados coletados na pesquisa com os trabalhadores aqui analisados, podemos perceber que a carga horária de trabalho, em muitos casos,

ultrapassa as 40 horas semanais. Com isso, a depender do trabalho que é desempenhado pelos funcionários; o excesso de horas trabalhadas poderá causar danos para a saúde do trabalhador, indo de encontro ao que preconiza a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

A motivação dos trabalhadores foi demonstrada no quesito acerca do interesse e desempenho, no qual os funcionários assumiram que 45% têm ótimo e 33% excelente desempenho e interesse no desenvolvimento de suas atividades cotidianas. O que pode ser observado no gráfico a seguir:

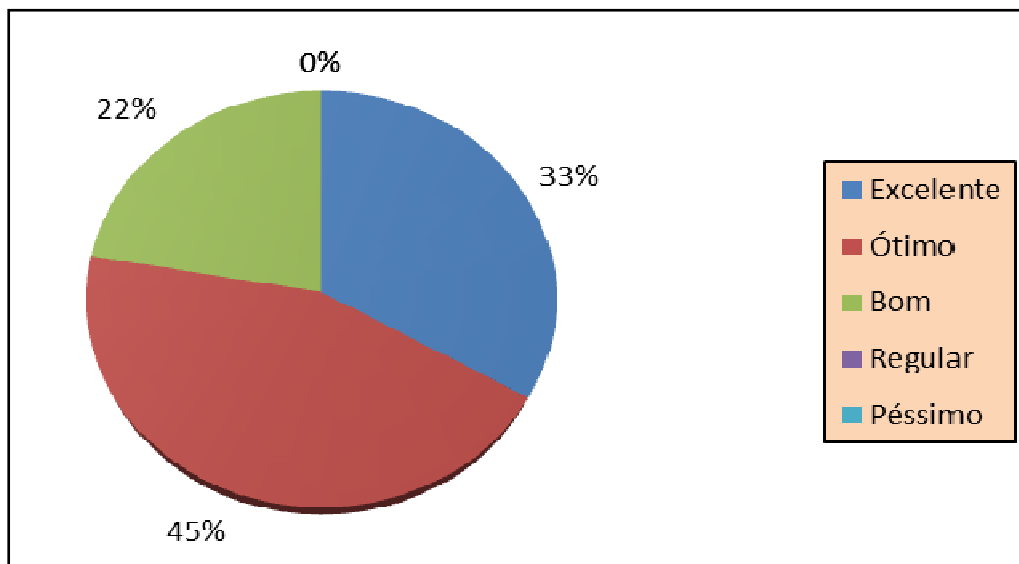


GRÁFICO 06 – Interesse e desempenho dos trabalhadores.
Fonte: Pesquisa direta, 2012.

Cabe ao assistente social, inserido na área de saúde: discutir com os usuários e/ou responsáveis as situações/problemas, acompanhamento social do tratamento da saúde, estimular o usuário a participar do seu tratamento de saúde, discutir com os demais membros da equipe de saúde sobre a problemática do paciente, interpretando a situação social do mesmo, elaborar relatórios sociais e pareceres sobre as matérias específicas do Serviço Social, socializar e informar aos usuários acerca dos direitos sociais e previdenciários mobilizando-os para o exercício da cidadania (Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde, 2009).

O profissional de Serviço Social, neste contexto globalizado e neoliberal, é “obrigado” a investir de forma mais incisiva, junto aos entraves que permeiam seu

ambiente de trabalho, visto que as especificidades da nossa contemporaneidade intensificam e agudizam as muitas expressões da questão social. Para Lamamoto (2001), esta intensificação no impacto da questão social se dá atendendo à lógica financeira de acumulação do regime capitalista e pela internacionalização com vistas à financeirização da economia.

A atuação dos assistentes sociais na saúde “se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas”, segundo Miotto (2006 apud MIOTO e NOGUEIRA, 2006, p. 37). A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos construídos pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico-operativos.

Segundo Costa (2000), a inserção dos “assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil” (p.43). A implementação do SUS, a partir dos anos de 1990, vai exigir novas formas de organização do trabalho em saúde, a partir das reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a participação popular.

Entretanto, novas contradições são criadas com a contrarreforma na saúde, que tentam não viabilizar o SUS constitucional, acarretando, no cotidiano dos serviços, diferentes questões operativas: demora no atendimento, precariedade dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários²⁰.

Ao defender a concepção de saúde, o movimento de Reforma Sanitária²¹ salientou a importância da determinação social sustentada nas categorias de

²⁰ Esse item está relacionado também com as condições concretas do trabalho dos profissionais: baixa remuneração, precarização do trabalho e suas relações, aumento e diversificação das atividades, redução de pessoal, carga horária excessiva, entre outras.

²¹ O Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas públicas e, conseqüentemente, pela saúde. Sua principal proposta é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Neste sentido, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde através da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização e participação social. Tem como premissa básica a defesa da “saúde como direito de todos e dever do Estado” (BRAVO, 1998; BRAVO e MATOS, 2001).

trabalho e reprodução social da vida. Neste sentido, é fundamental o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença.

Sendo assim, vale ressaltar a saúde do trabalhador, que vem se apresentando como uma importante área de atuação do assistente social nas últimas décadas. A dimensão social e histórica do trabalho ganha relevância nos determinantes das condições de saúde do trabalhador, com a complexidade da realidade atual, marcada pela precarização das condições de trabalho, aumento do mercado informal, flexibilização das relações de trabalho e restrição aos direitos sociais.

A saúde do trabalhador envolve o coletivo de trabalhadores, inseridos no processo saúde-doença, não abrangendo apenas àqueles quem têm o adoecimento neste processo. Exige o desenvolvimento de ações de atendimento, prevenção e promoção da saúde, de fiscalização do ambiente e condições de trabalho, defesa das condições ambientais, de acesso aos direitos previdenciários e trabalhistas envolvendo diferentes segmentos da sociedade.

Constitui-se assim, um campo privilegiado de atuação para o assistente social com a direção social adotada pela profissão nas últimas décadas e com a atuação conjunta com outros profissionais e movimentos sociais que compartilhem dos princípios e diretrizes defendidos pelo projeto ético-político, o qual contribuirá para o fortalecimento dos trabalhadores enquanto sujeitos históricos neste processo.

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde.

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições e competências para estabelecer prioridades de ações e estratégias, a partir de demandas apresentadas pelos usuários, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas. As demandas emergenciais, se não forem reencaminhadas para os setores competentes por meio do planejamento coletivo elaborado na unidade, vão impossibilitar ao assistente social o enfoque nas suas ações profissionais.

Nesse sentido, não cabe ao profissional de Serviço Social utilizar-se no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou

comunitárias, mas sim potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. É importante ressaltar esta questão, pois alguns segmentos profissionais vêm se dedicando à terapia familiar e individual, reivindicando o reconhecimento do campo psíquico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social, qualificando-o de Serviço Social Clínico.

Os assistentes sociais têm sido chamados para viabilizar, junto com outros trabalhadores da saúde, a Política Nacional de Humanização²². Uma das questões fundamentais é ter clareza das diversas concepções de humanização, pois a mesma envolve aspectos amplos que vão desde a operacionalização de um processo político de saúde respaldado em valores como a garantia dos direitos sociais, o compromisso social e a saúde, passando pela revisão das práticas de assistência e gestão (CASCATE e CORRÊA, 2005).

O assistente social precisa debater o significado de humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação, focalizando as ações somente na escuta e redução de tensão. A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistenciais e de gestão. Nessa direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença.

O desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pautada na centralidade dos sujeitos, na construção coletiva do SUS. Para que essa proposta se consolide é preciso que os trabalhadores estejam motivados, com condições de trabalho dignas e salários compatíveis. A defesa dessa concepção de humanização encontra-se embasada no projeto ético-político do Serviço Social, devendo ser compromisso e preocupação profissional.

²² A Política Nacional de Humanização foi criada no governo Luís Inácio Lula da Silva, pautada numa cultura de atendimento humanizado na área de saúde, contemplando, também, a gestão e a atenção à saúde.

4.2 A informação como esclarecimento dos direitos sociais

A informação nos serviços de saúde é um importante instrumento-técnico na prática profissional do Serviço Social, pois ao utilizar-se desta técnica, o profissional tem por objetivo levar conhecimento e esclarecimento das informações que dizem respeito aos usuários, tanto ao nível de seus direitos institucionais, quanto aos direitos constitucionais, não desconsiderando a experiência de vida, seus valores e crenças. Pois, segundo Silva (1990), é importante que:

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

No entanto, é importante que o profissional tenha a preocupação de como a socialização desta informação está sendo concebida pelo usuário, pois informar não significa apenas passar conhecimento, mas sim, interpretar, analisar e refletir dados que irão ser repassados aos usuários, concernentes a sua realidade, através de uma linguagem acessível, de forma esclarecedora para que os mesmos tenham melhor compreensão do que está sendo informado, conforme Sarmiento (1994),

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

A informação visa a uma reflexão crítica da realidade, das especificidades do atendimento em saúde, da família e da comunidade, conforme afirma Bertani (1984),

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

Dessa forma, é importante a socialização da informação com outros profissionais, seja no âmbito da instituição ou na sociedade, pois o conhecimento direciona o usuário a encontrar o meio mais adequado para solucionar seu problema, sua situação de vida que interfere na relação saúde x doença e em outros segmentos na sociedade.

Nesse sentido, objetiva-se a construção da cidadania como um conjunto de conquista dos direitos sociais obtidos pela sociedade, em busca de participação consciente e sem injustiças sociais, de acordo com Covre (1991), orientados por um princípio básico de que todos somos iguais perante a lei, independente da raça, cor, sexo, religião e nacionalidade.

Entretanto, é fundamental a organização e participação da população, transformando-se construção coletiva como garantia de igualdade a todos, conhecer as leis que garantam seus direitos, assim como ter o compromisso da participação nas decisões políticas, conforme afirma Marco (1997),

A participação é um elemento inerente à democracia. É a participação com sua função de pedagogia política, que propicia a mudança da consciência do povo; mudança no modo de ver e agir. Vendo-se e agindo como sujeito de sua própria história, trabalhadores/usuários constroem a cidadania (p. 43).

Portanto, é preciso fortalecer as forças populares, ajudando na construção de novos sujeitos sociais, contribuindo, assim, com o processo de mudança da cultura consciente da realidade e da participação efetiva para a garantia de direitos.

Dessa forma, entendemos que para os assistentes sociais do HRSAJ superarem as limitações institucionais, para desenvolverem um trabalho informativo-educativo, faz-se necessário uma reflexão constante de sua prática interventiva, contribuindo, assim, para o exercício da cidadania.

4.3 Socialização das informações previdenciárias

Os usuários da saúde e a sociedade não têm acesso ou domínio do conhecimento sobre seus direitos previdenciários e a lógica de como estes se estruturam, encontram sua raiz nas relações de produção capitalista da sociedade brasileira, resultando a exclusão e a desigualdade no usufruto dos bens e serviços socialmente produzidos.

Nesse sentido, a socialização das informações previdenciárias como atribuição profissional do assistente social ultrapassa a mera orientação previdenciária, entendida como o repasse da legislação de forma controlada, com vistas ao enquadramento institucional. A socialização das informações previdenciárias é uma informação de qualidade diferenciada, porque é transmitida sob a ótica do direito social e da proteção ao trabalho; particulariza os sujeitos individuais e coletivos a partir de sua realidade imediata; estabelece-se numa relação horizontal entre o saber do assistente social (profissional, institucional, de leitura de totalidade) e o saber do usuário, expresso em suas demandas e reivindicações; exige a construção de espaço de discussão, debate, análise e proposições que possibilite o nível de reflexão e crítica (SARMENTO, 1994).

Socializar as informações previdenciárias é um processo democrático e político pelo qual se torna transparente o real, pela comunicação institucional e o desvendamento do significado da Previdência como política social. Esta ação oportunizará o acesso ao direito com respostas concretas às demandas imediatas, o estabelecimento articulado de ações coletivas e correlações de forças que conduzem a um encaminhamento de mudanças.

Vale ressaltar a importância dos procedimentos adotados na identificação das condições objetivas cotidianas do usuário, a partir de suas demandas para a passagem da informação de forma específica, particular a cada indivíduo ou grupo. Conhecimento das questões particulares como expressão de um todo além do tópico, do pontual, da singularidade. Nesse sentido, considerar o atendimento de usuários como espaço sensível de flagrante do real que possibilita a percepção de totalidade, através de identificação de interesses comuns dos usuários visando à criação de espaços que propiciem a coletivização.

Dentro dessa perspectiva é que cabe ao assistente social desenvolver um papel de protagonista de um novo modelo. A perversa desigualdade social da população, quanto aos seus direitos, impõe, de forma inequívoca, ao assistente social ações no sentido de promoção da cidadania, da construção e do estabelecimento de redes sociais e de interação entre as ações e serviços de saúde.

Significativamente, a reforma da Previdência Social reduziu o seu caráter público, com a intenção de sustentar a utilização e a permanência do fundo público absorvidos pelos interesses do capital, concretizando a primazia do econômico sobre o social, da focalização sobre universalização, da privatização/mercantilização sobre a estatização dos direitos sociais.

Nesse contexto, observa-se, portanto, uma inversão dos princípios da Seguridade Social estipulados pela Constituição Federal de 1988, ao prevalecer a lógica restrita do seguro social, que extingue os benefícios de caráter assistencial, introduz o sistema de financiamento por capitalização, abrindo espaço para a previdência complementar privada.

Vale salientar, portanto, que apesar das circunstâncias, acredita-se que o assistente social, inserido nas mais diversas políticas sociais, deve empenhar-se em, a partir de estudos profundos a respeito de toda essa conjuntura vivenciada pela Previdência, lutar de forma incessante pela verdadeira concretização dos direitos sociais. Afinal, a efetivação universal dos direitos em todos os sentidos: civis, políticos e sociais deixam de ser apenas um sonho quando estamos empenhados em não seguir somente a lógica capitalista que nos é colocada, mas sim, em analisar, estudar e ultrapassar obstáculos no sentido de colocar em prática os direitos contidos na Constituição “Cidadã” de 1988.

Segundo Braga e Cabral (2008), o assistente social deve colocar como desafio cotidiano o exercício de dar continuidade com a capacitação no âmbito da instituição e desenvolver esforços na reafirmação do caráter democrático de sua prática: socializar informações e instrumentalizar a população usuária com conhecimento crítico que favoreça acesso aos direitos.

Nesse sentido, é importante salientar que o assistente social tem como fundamental atribuição esclarecer ao usuário quais são os seus reais direitos, para que ele possa lutar pela sua concretização. Mas, é importante também enfatizar, que esse profissional não deve elaborar “receitas prontas” para solucionar determinados problemas enfrentados pela população no sistema capitalista, mas sim, tentar criar

possíveis estratégias para sua efetivação, posicionamento necessário na luta pela efetivação dos direitos sociais e previdenciários nessa realidade.

Vale ressaltar também que o assistente social não deve ter uma visão messiânica de que tudo pode solucionar, mas ter a certeza de que muitas melhorias, na contemporaneidade, dependem de um profissional crítico, analítico, propositivo e conhecedor da realidade na qual intervém, relacionado à defesa da classe trabalhadora e dos direitos sociais.

4.4 A materialização dos direitos previdenciários no Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ).

Direitos previdenciários são aqueles que o indivíduo tem por direito de receber após a incapacidade laborativa, tais como: aposentadoria por idade, por tempo de contribuição, auxílio doença, auxílio acidente de trabalho, pensão por morte, auxílio reclusão, entre outros.

Segundo dados do Departamento de Recursos Humanos / Setor pessoal do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ) / Instituto Fernando Filgueiras (IFF),

Os colaboradores que apresentam atestado de quinze dias consecutivos são encaminhados para o auxílio doença, o Setor Pessoal entrega aos mesmos o formulário de requerimento de benefício por incapacidade, varia o quantitativo mensal, não sendo possível estipular uma meta de quantos colaboradores são encaminhados para o auxílio doença mensalmente. No ano de 2011 o quantitativo de colaboradores afastados por auxílio doença corresponde a um total de 12 funcionários (Documento Oficial s/nº - HRSAJ / IFF, 23.11.2012 - Anexo 3).

Considerando as entrevistas e as informações coletadas, através da pesquisa de campo no HRSAJ, podemos afirmar que 85% (oitenta e cinco por cento) dos funcionários da administração do hospital não quiseram ou não souberam responder

acerca de sua percepção e/ou conhecimento dos direitos previdenciários, conforme suas respostas:

A minha percepção sobre os direitos previdenciários seria melhorar a questão do salário (entrevistados A e B).

É uma proteção social para todos (entrevistada C).

Nunca precisei, mas acho que assegura os direitos do trabalhador como forma de ajuda a sobrevivência (entrevistado D).

Regular auxílio-doença, acidente, FGTS, férias e décimo terceiro (entrevistado E).

São benefícios adquiridos por trabalhadores (CLT), contribuintes autônomos, concedidos no caso de incapacidade laborativa (entrevistada F).

Entendemos que é pagamento ao INSS e aposentadoria (entrevistados G e H).

Configurando-se como desconhecimento dos direitos previdenciários, mais de um dos entrevistados apresentou a questão salarial como referente aos direitos previdenciários. E outros entrevistados têm a percepção reducionista, apresenta o direito previdenciário apenas como relacionado à contribuição ao INSS e direito à aposentadoria. Assim, a percepção acerca dos direitos previdenciários ainda é equivocada, mesmo para os funcionários que trabalham na administração do HRSAJ.

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

Desse modo, os funcionários supracitados demonstraram desconhecimento e fragilidade da informação acerca dos direitos previdenciários, mesmo para aqueles que trabalham com carteira assinada na administração do Hospital, que estão assegurados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).

Sendo assim, faz-se necessário que o assistente social possua conhecimento teórico-prático acerca do que deverá ser informado e a quem direcionar sua ação,

compreendendo-a como uma “[...] possibilidade de enfrentamento da cultura da desinformação” (SARMENTO, 1994, p. 273).

Nessa perspectiva, é preciso que os trabalhadores e os usuários da saúde sejam devidamente informados acerca dos direitos sociais e previdenciários, a fim de buscá-los conscientes do exercício da cidadania. Para tanto, é de fundamental importância o papel do assistente social na Instituição para que suas atribuições se materializem numa posição ética, comprometida com a democracia, liberdade e justiça social, tendo como referência os interesses e necessidades dos diferentes segmentos da classe trabalhadora, pautada na competência do exercício profissional e nas leis que legitimam a sua prática.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A discussão sobre o trabalho na sociedade capitalista de cunho neoliberal, assim como a percepção dos direitos previdenciários pelos funcionários da administração do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ) e a atuação do Serviço Social no âmbito hospitalar, perpassam pela análise crítica sobre esse debate e, com isso, faz-lhes algumas considerações que nos permitem entender o trabalho na contemporaneidade e as diversas configurações dos direitos sociais e previdenciários em diferentes períodos históricos.

Assim, para entendermos essa discussão na conjuntura vigente, fez-se necessário compreendermos inicialmente as transformações ocorridas no mundo do trabalho e suas relações de forma precarizada, terceirizada dos processos de trabalho que condicionam o surgimento do operário multifuncional, que na fase fordista / taylorista era requisitado apenas como força bruta, para atender as necessidades do capital, substituindo a sua capacidade intelectual.

No entanto, os trabalhadores insatisfeitos com a situação vivenciada pela profunda crise do capital se organizam em defesa de melhores condições de trabalho. Contudo, o capitalismo tenta se erguer para recuperar a sua hegemonia que se viu ameaçada. Essa reorganização de dominação societal, provocou consequências para a classe trabalhadora, exigindo desta uma maior multifuncionalidade e capacitação no desempenho de seu trabalho, com isso surge o sistema flexível de acumulação.

Assim, nesse cenário contemporâneo, as novas exigências do processo de trabalho levaram a redução dos direitos sociais, sendo atingidos diretamente os direitos trabalhistas e previdenciários conquistados historicamente pelos trabalhadores. Esta atual dinâmica de exigências ao trabalhador, aliada à flexibilização e aos desmontes das políticas públicas pelo Estado, faz surgir novos trabalhos na forma precarizada de subcontratos temporários, terceirizados, entre outros, indispensável à reprodução do capital.

Desse modo, é projetada a exclusão dos trabalhadores do mercado de trabalho formal, surgindo uma nova alternativa funcional de inclusão econômica, pois ao terceirizar a produção de mercadorias e/ou serviços, sobretudo na área de saúde, o capital, através deste mecanismo, consegue reduzir custos e outros encargos.

Como afirma Antunes (2007), a atual tendência dos mercados de trabalho é reduzir o número de trabalhadores centrais e empregar cada vez mais uma força de trabalho que é admitida facilmente e demitida sem custos.

Assim, é configurada a terceirização, em que o Estado se desresponsabiliza pelos direitos, encargos sociais e trabalhistas, e transfere para empresas terceiras essa responsabilidade de forma mais precarizada ainda, a exemplo do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), que é administrado por uma Fundação terceirizada (Instituto Fernando Filgueiras – IFF).

Nesse contexto, de acordo com os elementos sinalizados, especificamos nosso debate sobre a discussão dos direitos previdenciários percebidos pelos funcionários da administração do hospital e o papel do Serviço Social na materialização desses direitos com suas complexas relações pelas quais este trabalho se fundamenta.

Assim, a compreensão da política previdenciária no Brasil surge pautada na lógica do seguro, do modelo bismarckiano, não direcionada a todos/as os trabalhadores/as, o que posteriormente começa a inserir estes segmentos no sistema de proteção social embasado por esta política. É perceptível que o processo de contrarreforma da Previdência Social restringe e minimiza o acesso aos direitos sociais e, também, o excesso burocrático na formalização de alguns procedimentos para o segurado receber o benefício, a exemplo das exigências das perícias médicas na comprovação de incapacidade laborativa.

Entretanto, percebe-se a importância da Previdência Social na vida dos trabalhadores, pois esta política age, sobretudo, com intuito de assegurar direitos da classe trabalhadora, tornando, de certa forma, sua vida produtiva mais segura, com o objetivo de proporcionar benefícios para o segurado à medida que este contribui financeiramente para a Previdência Social.

Nesse contexto, delimitamos como área de abrangência a Instituição hospitalar (HRSAJ), equipada para realizar atendimentos de média e alta complexidade e suprir a demanda da região do Recôncavo; funciona com perfil de hospital público de grande porte, porém terceirizado, com atendimentos de urgência e emergência 24 horas com diversas especialidades médicas. Conta com dois serviços de ouvidorias como formas diversas de sugestões, reclamações, entre outros. Foi implantada a Internção Domiciliar (ID) para promover a desospitalização através do processo de alta assistida. Com isso, entendemos ser este procedimento

uma forma de reduzir custos e ampliar vagas nas enfermarias para outros pacientes, sendo esta mais uma estratégia do sistema capitalista na contemporaneidade.

A pesquisa de campo no referido hospital nos trouxe alguns desafios, quais sejam: por parte da Instituição foi dificultado a análise do conteúdo das entrevistas, resultando na retirada de algumas perguntas fundamentais para a informação de dados, bem como a liberação dos documentos administrativos pelo Departamento Jurídico do HRSAJ, havendo necessidade de solicitar uma autorização da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em Salvador para que o hospital liberasse estes documentos, dificultando sensivelmente a realização dos trabalhos.

Contudo, nossa pesquisa conseguiu alcançar os objetivos esperados, na medida em que nos foi possibilitado uma aproximação com os funcionários da administração do HRSAJ, regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) . Nesse sentido, podemos elencar, com esta pesquisa, algumas considerações que permeiam este trabalho na contemporaneidade.

É perceptível a precarização do trabalho e suas relações, submissão aos diretores da Instituição, ausência de concurso público para sua efetivação. Além disso, esses funcionários não têm conhecimentos, nem meios para acessar os direitos previdenciários, entre outros, por inexistência de informações e/ou esclarecimentos pelas assistentes sociais do HRSAJ, destes direitos.

Segundo Silva (2001), as demandas do Serviço Social precisam ser analisadas no contexto da globalização, ultrapassar os limites institucionais que marcam a conjuntura vigente pela subalternização e precarização do trabalho e suas relações, pelo desmonte dos direitos sociais e previdenciários e pela ausência da base social do Estado.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho**: ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12. ed. São Paulo: Cortez, Campinas-SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2007.

_____. Trabalho e Estranhamento. In: **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Estratégias em Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Os Sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e negação do trabalho. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2000;

_____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo: Cortez / Unicamp, 1995.

ARAÚJO, A. **Paradoxos da Modernização**: Terceirização e Segurança dos Trabalhadores em uma Refinaria de Petróleo. (Tese de Doutorado) FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

ARAÚJO, C. R. Valor e Mais Valia In: **História do pensamento econômico**: uma abordagem introdutória. São Paulo: Atlas, 1998, p. 58-73.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. Crise, reação burguesa e barbárie: a política social no neoliberalismo. In: **Política Social**: Fundamentos e História. São Paulo, Cortez, 2007.

BERTANI, Iris Fenner. Serviço Social Hospitalar. In: **Serviço Social e Sociedade**, nº 16. São Paulo: Cortez, 1984.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e Trabalho**: paradoxo na construção nas políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2006.

BRAGA, Léa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. **Serviço Social na Previdência Social**: trajetória, projetos profissionais e saberes. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BRAVO, Maria Inês Souza. Superando Desafios - **Serviço Social na Saúde na década de 1990**. Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do HUPE, Rio de Janeiro, nº 3, UERJ, 1998.

_____; MATOS, Maurílio Castro. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal**. In: Bravo, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida (Org.). Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Promulgada em 05 de Outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

_____. Constituição (1988). **Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.

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

_____. **Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar**. Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Lei nº 8.212 de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui o Plano de Custeio.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Lei de Regulamentação Profissional nº 8.662**. Brasília: 1993.

_____. **Portaria Interministerial MPS/MF nº 407, de 14 de julho de 2011**, conforme Regulamento da Previdência Social, de forma retroativa à 1º de janeiro de 2011. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília - DF, 15 jul. 2011. Disponível em: http://www.informanet.com.br/INSS_2008.html. Acesso em: 13 de maio de 2012.

CABRAL, M. do S. R. Previdência Social. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 3. Brasília: UNB, 2000, p. 120-135.

CASCATE, Juliana Cristina; CORRÊA, Adriana Kátia. Humanização de atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, USP, v.13, n.1, jan/fev. 2005, p. 105-111. Disponível em: < <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 02 nov.2012.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Brasília: 1993.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília: 2009.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais In: **Serviço Social e Sociedade**, n. 62. São Paulo: Cortez, 2000.

COUTINHO, Carlos N. **Marxismo e Política**: A dualidade de poderes e outros ensaios. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

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

CORDEIRO, Beatriz C. Universalização da Previdência Social no Brasil: uma questão ainda em aberto. Dissertação (Mestrado em Economia Social do Trabalho), Instituto de Economia Unicamp, Campinas – São Paulo, 2005.

FALEIROS, Vicente de P. **A política social do Estado Capitalista**: as funções da Previdência e Assistência Social. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GOMES, Maria Terezinha Serafim. **O processo de reestruturação produtiva em cidades médias do Oeste Paulista**: Araçatuba, Berigui, Marília, Presidente Prudente e São José do Rio Preto. 2007, 330 f. Tese (Doutorado em Geografia), Faculdade de Filosofia, Letras, Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

GONÇALES, O. U. **Manual de Direito Previdenciário**. 12. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRANEMANN, Sara “Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital”. In. BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Débora de Sales; MENEZES, Juliana Souza Bravo de; OLIVEIRA, Mariana Marciel do Nascimento (Organizadores). **Política de Saúde na Atual Conjuntura: modelos de gestão e agenda para saúde**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Rede Sirius / ADURF, 2008 (99.36-39).

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2007

IAMAMOTO, Marilda Vilella. O Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais. In: IAMAMOTO, Marilda Vilella; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez; Lima/Peru: CELATS, 1982, p. 71-123.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade**. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social em questão. Brasília: CFESS, 2002.

_____. **Trabalho e Indivíduo Social: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canvieira paulista**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LESSA, S. Trabalho e reprodução. In: **Serviço Social e Trabalho: porque o serviço social não é trabalho**. Maceió: EDUFAL, 2007.

KERTZMAN, I. **Direito Previdenciário**. São Paulo: Barros, Fischer & Associados, 2005.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MARTINS, S. P. **Direito da Seguridade Social**. 8 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Panorama da Previdência Social brasileira**. 2. ed. Brasília: MPS, SPS, SPC, ACS, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 55, de 24 de fevereiro de 1999. **Dispõe sobre a rotina do Tratamento Fora do Domicílio no Sistema Único de Saúde (SUS)**, com inclusão de procedimentos específicos na tabela de procedimento do Sistema de Informações Ambulatoriais do SIA/SUS e dá outras providências. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, 1999

NETTO, J. P. BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2007.

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

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

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Um novo fazer profissional. O trabalho do Assistente Social e as Políticas Sociais. Módulo 4. **Curso de Capacitação Continuada para assistentes sociais**. Brasília: CFESS, Abepss, UnB, 2001.

SILVA, A. A. DA. **A Gestão da Seguridade Social Brasileira: entre a política pública e o mercado**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SIMÕES, C. A. Previdência Social. In: **Curso de Direito do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2007, p. 132-170 (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 3).

SANTOS, Silvana Mara de Moraes. Direitos, Desigualdade e Diversidade. In: BOSCHETTI, E. R.; BEHRING, E. R.; SANTOS, S. M. dos; MIOTO, R. C. T. (Org.). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008, p. 64-86.

TEIXEIRA, Regina C. F. **A passagem do direito ao trabalho para a “empregabilidade: a privatização do espaço público através das políticas sociais de emprego na contemporaneidade**. Unimontes Científicas. V.5 n 1 jan / jun, p. 83-94, 2003.

TELLES, Vera da S. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Revista USP (37): 34-45, março / maio, 1998.

TRIBA, L. **Economia Popular e Cultural do Trabalho: Pedagogia (s) da Produção Associada**, Ijuí: UNIJUÍ, 2001.

VIEIRA, E. **Os Direitos e a Política Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço Social e Prática Reflexiva. In: **Em pauta – Revista de Serviço Social da UERJ**, Rio de Janeiro, nº. 1, UERJ, 1993.

_____. **A prática de Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**, São Paulo: Cortez, 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

1 IDENTIFICAÇÃO:

1.1 Idade: _____ 1.2 Etnia / Raça: _____

1.3 Escolaridade: _____ 1.4 Sexo: _____

1.5 Onde reside? _____

2 SOBRE O TRABALHO:

2.1 Você foi admitido no Hospital através de qual procedimento? (processo seletivo, currículo indicação política, entrevista, tempo de experiência na área de trabalho e outros):

2.2 Tem carteira de trabalho assinada? _____

2.3 Qual o seu tempo de serviço na instituição? _____

2.4 Qual a carga horária de trabalho mensal? _____

2.5 A Instituição utiliza de algum mecanismo para controle da sua carga horária?

() Sim () Não

2.6 Em caso positivo, identifique qual mecanismo é utilizado (ponto eletrônico, livro de ponto ou outros): _____

2.7 As condições de trabalho (estrutura física e equipamentos) oferecido pela Instituição é suficiente para o bom desenvolvimento das atividades? () Sim () Não

2.8 Em caso negativo elenque quais pontos merecem maior atenção pela Instituição:

2.9 A Instituição promove curso de capacitação nas áreas afins, para melhor qualidade e desempenho das atividades cotidianas exercidas pelos funcionários? () Sim () Não

2.10 Quais os critérios utilizados pela Empresa na admissão dos funcionários?

2.11 Como você classifica o seu interesse e desempenho no cumprimento de suas tarefas:

() Excelente () Ótimo () Bom () Regular () Péssimo

3 SOBRE OS DIREITOS PREVIDENCIÁRIOS

3.1 Qual a sua percepção sobre os direitos previdenciários?

3.2 Você conhece os benefícios da Previdência Social para o trabalhador que possui carteira de trabalho (CTPS) assinada pelo empregador? () Sim () Não

3.3 Existem situações em que você percebe a negação de direitos por parte da Instituição?

() Sim () Não

3.4 Em caso positivo, elenque quais situações: _____

3.5 Você já utilizou de algum benefício da Previdência Social? () Sim () Não

3.6 Se sim, qual? _____

3.7 Você já deu entrada em algum benefício previdenciário e este foi negado pelo INSS?

() Sim () Não

3.8 Se sim, qual e o motivo da negação? _____

3.9 Como os colaboradores acessam os principais direitos previdenciários na Instituição?

3.10 A Instituição desenvolve alguma atividade e ou orientação direcionadas aos funcionários sobre os direitos sociais e previdenciários? () Sim () Não

3.11 Se sim, quais? _____

3.12 Os assistentes sociais realizam palestras ou outros meios de socialização de informações pertinente aos direitos previdenciários? () Sim () Não

3.13 Se sim, quais? _____

3.14 Você poderia citar algumas atribuições do Serviço Social na área hospitalar.

APÊNDICE - B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

Ofício n.º 001/2012

Cachoeira/BA, 08 de maio de 2012.

Ilm.º Sr. Alex Carvalho
Gerente Administrativo
Instituto Fernando Filgueiras (IFF)
Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus

Prezado,

Como parte das atividades avaliativas desenvolvidas na disciplina "Trabalho de Conclusão de Curso II", do Curso de Serviço Social da UFRB, na qual se encontra sob a minha responsabilidade, venho por meio deste solicitar autorização por parte desta Gerência para que a discente MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE JESUS SOUZA realize seu trabalho de pesquisa de campo na referida instituição, sendo necessário realizar entrevistas com alguns profissionais.

O desenvolvimento da referida pesquisa nesta instituição trará importantes ganhos com relação a visibilidade do tema em questão, bem como servirá de cenário para a definição das estratégias, desafios e avanços concernentes a temática de estudo. Em tempo que nos disponibilizamos para atividades que aproximem a Universidade com esta Instituição.

Certos de contarmos com a sua colaboração renovamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Francisco Henrique da Costa Rozendo
Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
Orientador da Pesquisa
Curso de Serviço Social
SIAPE 1694859

*Realizado
31/05/12
por S. Almeida*

APÊNDICE - C



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

Ofício n.º 002/2012

Cachoeira/BA, 15 de outubro de 2012.

Ilm.º Sr. Alex Carvalho
Diretor Administrativo
Instituto Fernando Filgueiras (IFF)
Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus

Prezado,


Como parte das atividades avaliativas desenvolvidas na disciplina "Trabalho de Conclusão de Curso II", do Curso de Serviço Social da UFRB, na qual se encontra sob a minha responsabilidade, venho por meio deste solicitar autorização por parte desta Diretoria para que a discente MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE JESUS SOUZA realize seu trabalho de pesquisa de campo na referida instituição, sendo necessário realizar entrevistas com alguns profissionais, bem como ter acesso aos seguintes documentos:

- Regimento Interno;
- Contrato com o Governo do Estado e a Fundação Fernando Filgueiras (Hospital Regional);
- Organograma da Instituição;
- Total de funcionários com carteira assinada;
- Total de funcionários só da administração;
- Total de profissionais (médicos) com contratos temporários (prestação de serviços);
- Total de Relatórios Médicos encaminhados;
- Outros encaminhamentos comumente realizados para que os funcionários tenham acesso aos direitos previdenciários.

O desenvolvimento da referida pesquisa nesta instituição trará importantes ganhos com relação à visibilidade do tema em questão, bem como servirá de cenário para a definição das estratégias, desafios e avanços concernentes a temática de estudo. Em tempo que nos disponibilizamos para atividades que aproximem a Universidade com esta Instituição.

Certos de contarmos com a sua colaboração renovamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,


Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
Orientador da Pesquisa
Curso de Serviço Social
SIAPE 1694859

3115-4229

91

SETOR DE PROTOCOLO

APÊNDICE - D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

0300/2059/2320

SESAB / COPRO	
RECEBIDO	
Em. 05 / 11 / 12	
Hs. _____	
Ass. _____	FC

Ofício n.º 03/2012

Cachoeira-BA, 26 de outubro de 2012.

À Diretoria de Contratos
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Prezado,

Como parte das atividades avaliativas desenvolvidas na disciplina "Trabalho de Conclusão de Curso II", do Curso de Serviço Social da UFRB, na qual se encontra sob a minha responsabilidade, venho por meio deste solicitar autorização por parte desta Diretoria para que a discente MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE JESUS SOUZA, realize seu trabalho de pesquisa de campo, sendo necessário ter acesso aos seguintes documentos do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, gerenciado pelo Instituto Fernando Filgueiras (IFF), a saber:

- Regimento Interno;
- Contrato com o Governo do Estado e a Fundação Fernando Filgueiras (Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus);
- Organograma da Instituição;
- Total de funcionários com carteira assinada;
- Total de funcionários só da administração;
- Total de Relatórios Médicos encaminhados;
- Outros encaminhamentos comumente realizados para que os funcionários tenham acesso aos direitos previdenciários;

O desenvolvimento da referida pesquisa trará importantes ganhos com relação a visibilidade do tema em questão, bem como servirá de cenário para a definição das estratégias, desafios e avanços concernentes a temática de estudo. Em tempo que nos disponibilizamos para atividades que aproximem a Universidade com esta Instituição.

Certos de contarmos com a sua colaboração renovamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo

Orientador da Pesquisa
Curso de Serviço Social
SIAPE 1694859

DOC: 0300120592320

92

APÊNDICE - E

DATA 01/11/2012

HORA :

ASS: EG

5.463



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

01
HR

Ofício n.º 03/2012

Cachoeira-BA, 26 de outubro de 2012.

À Diretoria de Contratos
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Prezado,

Como parte das atividades avaliativas desenvolvidas na disciplina "Trabalho de Conclusão de Curso II", do Curso de Serviço Social da UFRB, na qual se encontra sob a minha responsabilidade, venho por meio deste solicitar autorização por parte desta Diretoria para que a discente MARIA CONCEIÇÃO ANDRADE DE JESUS SOUZA, realize seu trabalho de pesquisa de campo, sendo necessário ter acesso aos seguintes documentos do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus, gerenciado pelo Instituto Fernando Filgueiras (IFF), a saber:

- Regimento Interno;
- Contrato com o Governo do Estado e a Fundação Fernando Filgueiras (Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus);
- Organograma da Instituição;
- Total de funcionários com carteira assinada;
- Total de funcionários só da administração;
- Total de Relatórios Médicos encaminhados;
- Outros encaminhamentos comumente realizados para que os funcionários tenham acesso aos direitos previdenciários;

O desenvolvimento da referida pesquisa trará importantes ganhos com relação a visibilidade do tema em questão, bem como servirá de cenário para a definição das estratégias, desafios e avanços concernentes a temática de estudo. Em tempo que nos disponibilizamos para atividades que aproximem a Universidade com esta Instituição.

Certos de contarmos com a sua colaboração renovamos votos de estima e apreço.

Atenciosamente,

Francisco Henrique da Costa Rozendo

Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo

Orientador da Pesquisa

Curso de Serviço Social

SIAPE 1694859

o IFF/HRSAJ

Nada a opor
quanto ao

Vespasiano José da Silva Neto
Cad. 08.122.209-9
Diretor - DIRP GI

ANEXO



Santo Antônio de Jesus/BA, 25 de outubro de 2012.

À Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Colegiado de Serviço Social

Att.: Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo

Prezado,

Em resposta ao ofício 002/2012, informamos para os devidos fins, que conforme orientação da direção desta Instituição, o acesso aos documentos solicitados no presente ofício, somente poderão ser fornecidos através da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB.

Atenciosamente,


Fernanda Macedo

Coordenadora do Serviço Social

ANEXO - 2



Governo do Estado da Bahia

Fax

Para: Maria Conceição Andrade de J. Souza **De:** DIRP - GI

Fax: (75) 3632-1320**Págs.:** 02 incluindo esta

Att.:**Data:** 22/11/12

Ref.: OF. 03/2012**Cc:**

 Urgente Para revisão Favor comentar Favor responder Favor circular

Segue cópia do Ofício nº 03/2012 da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia com o devido autorizo do Diretor da DIRP GI, Dr. Vespasiano José da Silva Neto.

Ressaltamos que entramos em contato por telefone, há 30 minutos atras com o Gerente Operacional do Hospital Santo Antônio de Jesus, Dr. Alex Oliveira e o mesmo nos informou que foi autorizado fornecer a solicitante a documentação pedida em ofício, exceto a escala dos médicos.

Grata,

Shirley Dutra
Apoio / DIRP - GI



Santo Antonio de Jesus, 23 de Novembro de 2012.

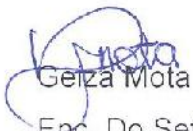
De: Departamento Pessoal
Para: UFRB – Serviço Social

DECLARAÇÃO

Venho por meio desta, informar que no Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus, até a presente data existe um quantitativo de 646(Seiscentos e quarenta e seis) colaboradores com registro na CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social). Sendo que 113(Cento e treze) colaboradores desempenham suas atividades em horário administrativo.

Os colaboradores que apresentam atestado de quinze dias consecutivos são encaminhados para o Auxilio Doença, o Setor Pessoal entrega aos mesmos o formulário de requerimento de benefício por incapacidade, para marcação da perícia. Por tratar-se de incapacidade, varia o quantitativo mensal, não sendo possível estipular uma meta de quantos colaboradores são encaminhados para o auxílio doença mensalmente. No ano de 2011 o quantitativo de colaboradores afastados por Aux. Doença corresponde a um total de 12 funcionários.

Atenciosamente:


Geiza Mota

Eac. Do Setor Pessoal

Instituto Fernando Filgueiras – IFF



IFF - Instituto Fernando Filgueiras
Hospital Regional de Santo Antonio de Jesus

ATRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

- Visita diária aos pacientes internados e em observação identificando as pendências, problemática social existente e viabilizando a solução das mesmas, como também levantamento das solicitações médicas existentes para as devidas providências;
- Visita aos pacientes da Clínica Médica com equipe multidisciplinar;
- Acompanhamento social paciente X família;
- Redução de tensão e orientação por ocasião de óbito;
- Solicitação e entrega da 1ª via à Vigilância Sanitária.
- Orientações sobre normas e rotinas da Unidade;
- Anamnese social dos pacientes internados, contendo todas as informações sócio-econômicas.

Contatos:

- Com familiares e/ou instituições informando a alta dos pacientes;, fornecer planilha de ocupação de leitos à portaria de administração e relação de pacientes de alta.
- Solicitação de comparecimento de familiar ou responsável ao hospital quando se fizer necessário;
- Polícia técnica, por ocasião de óbitos por morte violenta, visando agilização do processo;
- Conselho tutelar – em situação de risco da criança e do adolescente
- Ministério Público - em situação de risco do idoso ou portador de deficiência.

Observação:

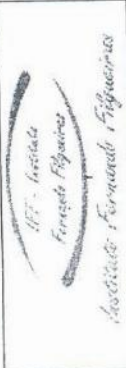
Cada Assistente Social ficará responsável por um setor específico, devendo responder por ele.

Elisângela: Clínica Médica e Pediátrica

Erika: Clínica Cirúrgica (3º e 4º andar)

Glória: Emergência e UTI

HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTONIO DE JESUS



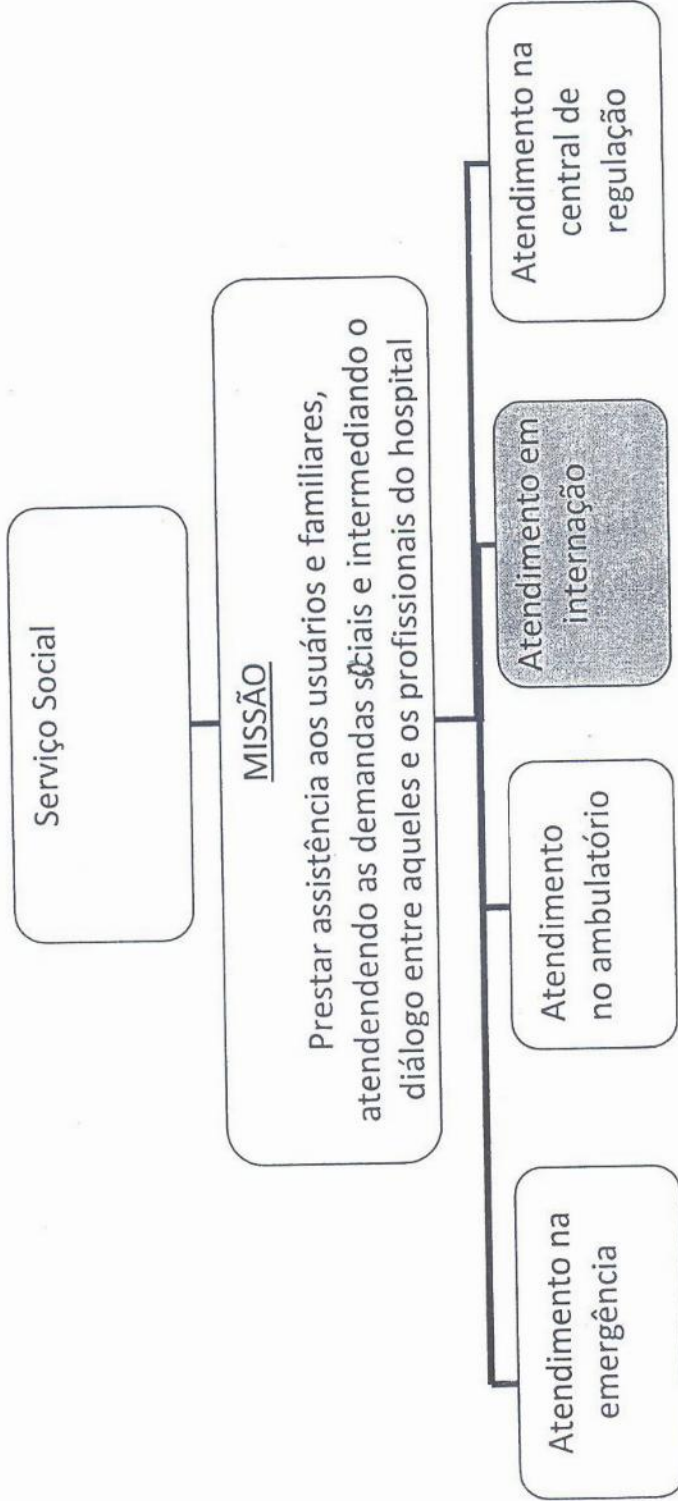
Nº doc: _____

Data revisão: _____

Nº revisão: _____

Aprovação: _____

LISTA DE PROCESSOS DO SETOR - MACROPROCESSO



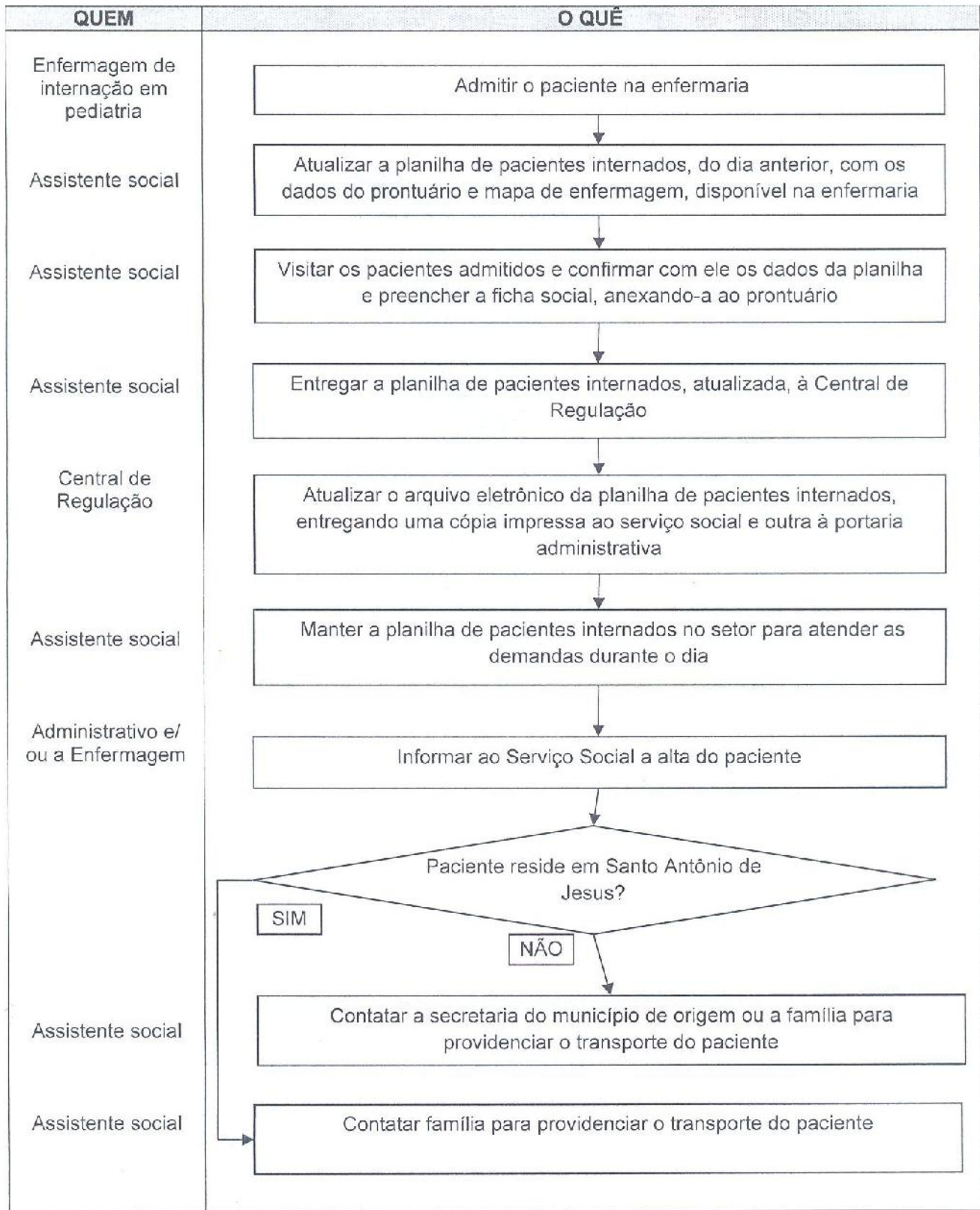
Elaborado por: _____

Validado por: _____

Assinatura: _____

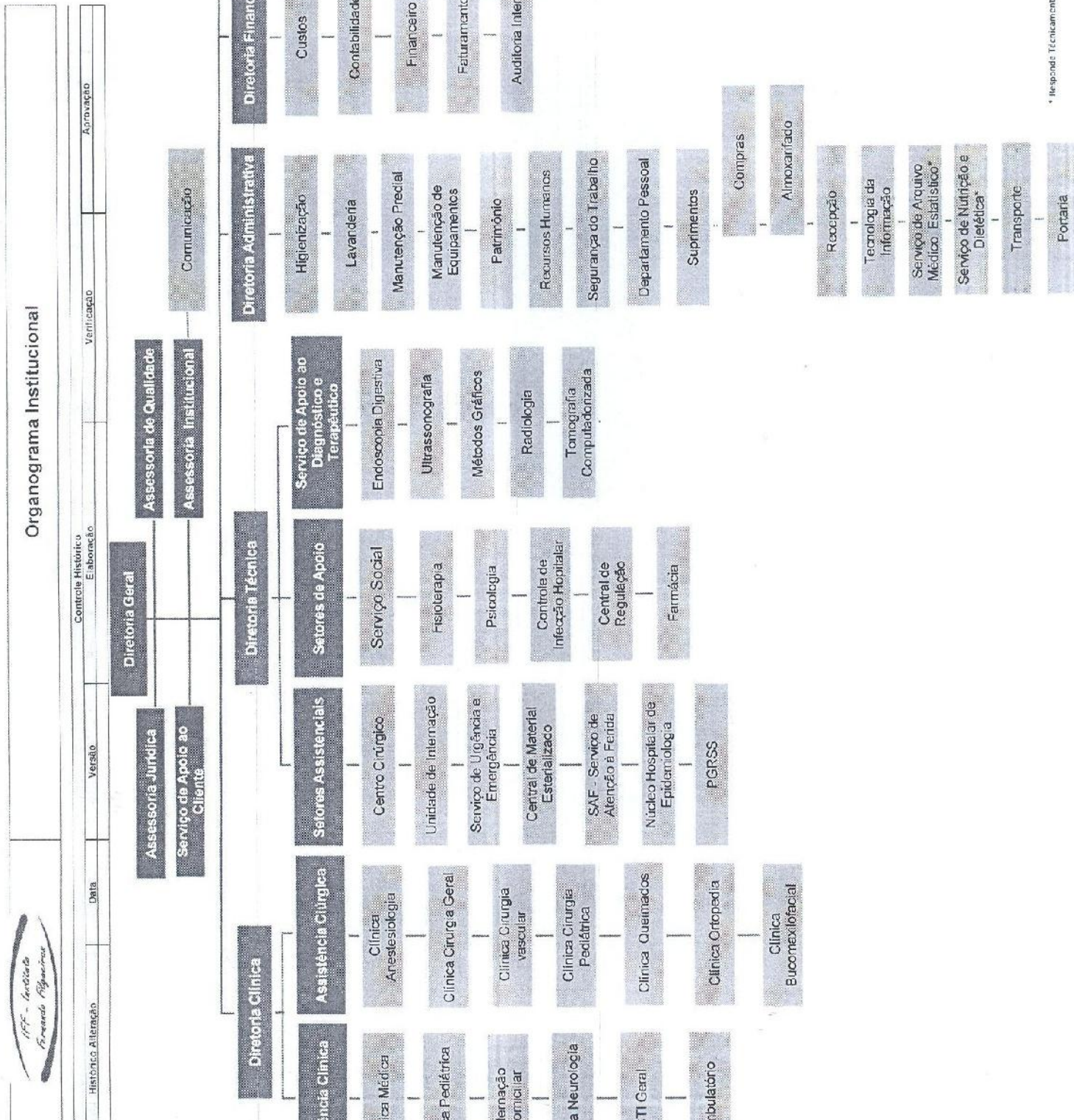
Assinatura: _____

Fluxograma do Serviço Social

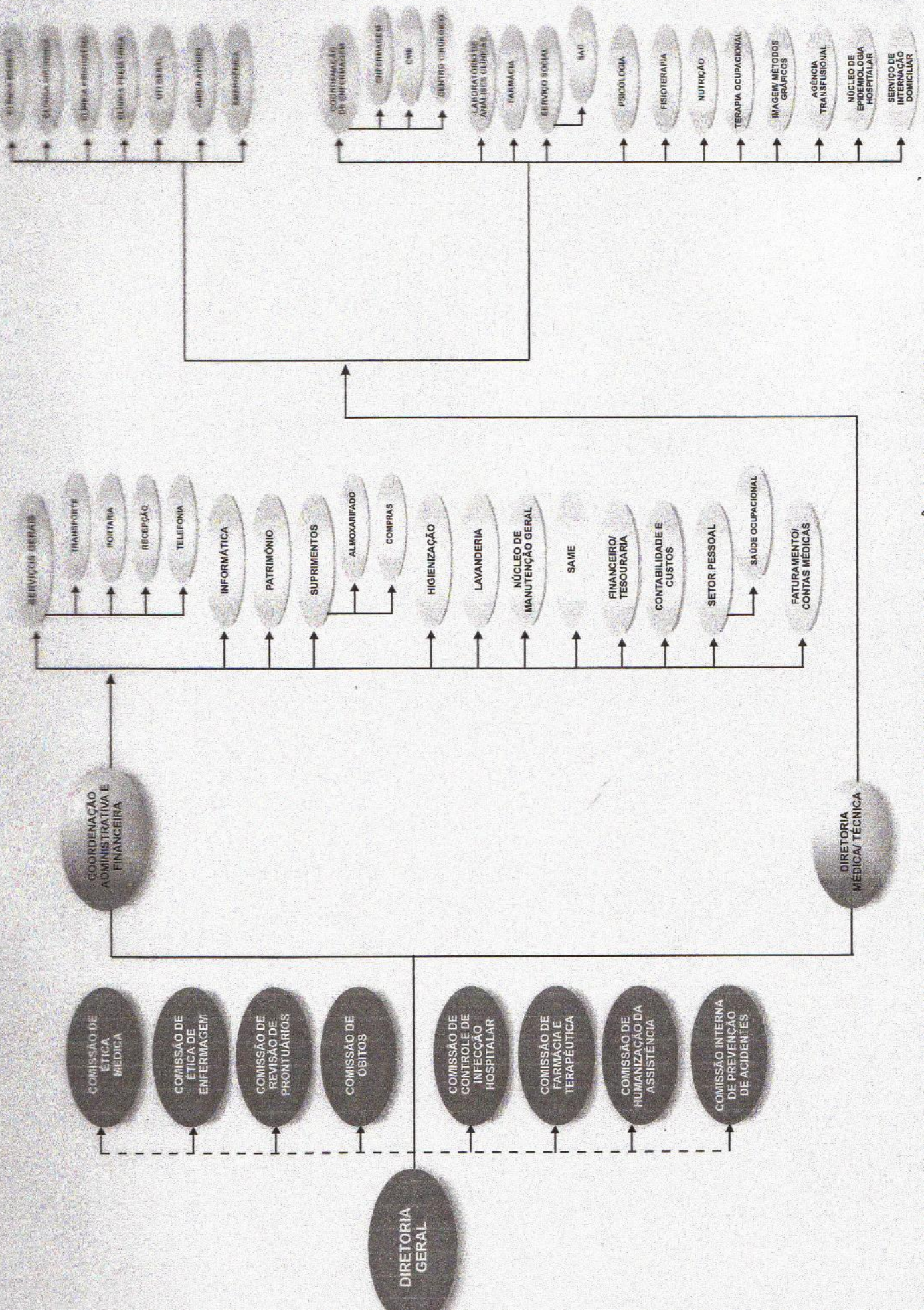


ANEXO - 4

Organograma Institucional



* Responde Tecnicamente ao Diretor Técnico



STRUTURA ORGANIZACIONAL DO HOSPITAL REGIONAL DE SANTO ANTÔNIO DE JESUS