



Curso de Especialização em Gestão da Atenção à Saúde do Idoso

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: GARANTIA DE SEGURIDADE SOCIAL?

Eliane Helena Alves Arnolte Lauermann

Orientadora: Quelen Tanize Alves da Silva

Eliane Helena Alves Arnolte Laueremann

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA:
GARANTIA DE SEGURIDADE SOCIAL?**

Projeto de Pesquisa apresentado como
requisito parcial para conclusão do curso
de Especialização em Gestão da Atenção
à Saúde do Idoso

Orientadora: Quelen Tanize Alves da Silva

Porto Alegre

2011

“Muitos pensam que sabem; poucos sabem que não sabem; quem sabe, sabe que sabe muito pouco...”

(A. Canalini)

AGRADECIMENTOS

Agradeço com carinho a minha família em especial e amigos pelo auxílio na construção deste trabalho.

RESUMO

A presente pesquisa se propõe a avaliar se o Benefício de Prestação Continuada (BPC) garante o amparo e a assistência na velhice e doença. O estudo privilegia uma abordagem qualitativa, através de aplicação de questionário, e uma abordagem teórico- conceitual que busca compreender a complexidade das realidades estudadas. Esta pesquisa pretende, ainda, problematizar junto aos usuários, que tem direito a concessão do BPC, como esse benefício garante condições de manutenção do cuidado pós alta hospitalar; assim como, indicar alternativas de políticas de atenção em saúde a pessoas idosas que necessitam de cuidados domiciliares.

Palavras-Chaves: **Serviço Social. Família. Idoso. Benefício de Prestação Continuada.**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 JUSTIFICATIVA	7
3 PROBLEMA	8
4 OBJETIVOS	9
4.1 Objetivo Geral	9
4.2 Objetivos Específicos	9
5 REFERÊNCIAL TEÓRICO	10
5.1 Políticas Sociais e Política da Saúde	10
5.2 O Assistente Social no Processo de Concessão do BPC	17
6 METODOLOGIA	23
6.1 Delineamento	23
6.2 Local e Participantes	23
6.3 Coleta de Dados e Análise	24
7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	25
8 CRONOGRAMA	26
9 ORÇAMENTO	27
REFERÊNCIAS	28
APÊNDICES	31

1 INTRODUÇÃO

O tema proposto para o desenvolvimento desta pesquisa é o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) como direito socioassistencial para as pessoas idosas e pessoas com dependência ou deficiência.

O BPC é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988, como um benefício não contributivo da política de assistência social, que prevê a concessão às pessoas idosas em idade igual ou superior a 65 anos e às pessoas com dependência/deficiência. Sendo que ambos necessitam comprovar a renda familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, e os deficientes/dependentes precisam ser considerados incapazes para o trabalho, como resultado da avaliação pericial.

Ressaltando como um dos objetivos principal deste trabalho, o entendimento dos aspectos que explicam a relação entre a lógica do direito e a da concessão do BPC, bem como entender a natureza desse direito e como esse possibilita as pessoas idosas a garantia, ainda que de forma insuficiente, de uma continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

A escolha por esta pesquisa surgiu a partir da minha experiência como assistente social da unidade de Neurologia do Hospital Nossa senhora da Conceição (HNSC), onde constato de um lado a grande demanda pelo BPC e, de outro, o alto grau de desinformação dos beneficiários desse programa sobre lógica que perpassa até o momento de sua concessão.

Acredito que esse estudo possa contribuir para a compreensão dos usuários sobre o que é o BPC, quem tem direito e como consegui-lo, bem como permitir o reconhecimento de seus direitos como cidadãos.

2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa tem como alvo analisar qual o impacto provocado na vida e no cuidado das pessoas idosas dependentes funcionalmente o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). A doença crônica demanda elevado grau de cuidados, intermitentes e prolongados, sendo necessárias aos familiares novas reconfigurações frente a uma situação adversa de adoecimento.

É uma situação extremamente complexa que desorganiza as diversas formas como a família se estrutura, principalmente quando o paciente/doente é o único provedor econômico familiar, ou quando ele é o principal cuidador da família e passa a necessitar de cuidados.

Além disso, verifica-se que todos os usuários em situação de adoecimento que demande cuidados específicos e prolongados, atinge todos os membros da família provocando várias reações entre si.

Dessa forma, observa-se que os recursos econômicos concedido aos beneficiários, muitas vezes são utilizados não somente em alimentação diferenciada, adaptação na residência, medicamentos, cuidados especiais entre outros que eles também precisam satisfazer mas também em outras necessidades da familiares, fato esse que repercute na garantia do cuidado pós-hospitalar.

Nesse contexto que se pretende investigar como que essa política de assistência social garante para as pessoas acima de 65 anos a continuidade do cuidado pós-hospitalar. Pretendemos evidenciar nesse estudo a necessidade de pensarmos políticas de atenção à saúde no Brasil, assim, como promover o debate de construirmos alternativas de garantias de cuidado para idosos em um país em que temos um considerável envelhecimento da população, sendo que a maioria dessa população vive em situação de vulnerabilidade social.

3 PROBLEMA

A continuidade do cuidado de pessoas idosas que são beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada pós-alta hospitalar e como esse benefício é administrado pela família.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Avaliar como o Benefício de Prestação Continuada é usado em contextos em que pessoas idosas são dependentes funcionalmente, assim como analisar como essa política de assistência social garante o amparo e a assistência na velhice e doença, preceito da Seguridade Social.

4.2 Objetivos específicos

- Verificar junto aos usuários quem tem direito a concessão do BPC e como esse benefício garante condições de manutenção do cuidado pós-alta hospitalar;
- Conhecer as dúvidas que os usuários têm em relação ao BPC;
- Identificar ações que possam ser desenvolvidas junto aos usuários na perspectiva da garantia de acesso as redes de saúde;

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Políticas sociais e política da saúde

Nos últimos cinqüenta anos, a população brasileira modificou de forma clara e evidente seu perfil, nos mostrando uma nova realidade. Mais mulheres, mais velhos, menos crianças, menos jovens, em um país até então considerado jovem. Outras características emergem da população, um aumento da população de idosos, demonstrando o aumento da longevidade na sociedade atual.

No Brasil, são consideradas idosas pessoas com a idade a partir dos 60 anos, e nos países desenvolvidos, são acrescidos mais cinco anos a julgar pelas suas condições de vida, adiando assim o processo de envelhecimento nesses países. O crescimento da população idosa tem causado preocupações em relação as suas necessidades básicas e as suas potencialidades, podendo as implicações sociais do envelhecimento populacional, no âmbito da saúde, serem dramáticas. Os mais idosos necessitam de atenção adequada a sua faixa etária. No Brasil observamos que muitos idosos sofrem com a exclusão social implicada resistência familiar e muitas vezes em abono familiar e pelo próprio Estado.

O cuidado aos idosos com déficits funcionais importantes é fundamental na atenção à saúde dessa parcela da população, conforme explicitam claramente as políticas de saúde, bem como as transformações na estrutura das famílias têm efeito sobre o cuidado. Assim, além das ações voltadas aos idosos, são necessárias iniciativas para os cuidados a essa população e apoio aos familiares.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi normatizado pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8080/90) com a finalidade de implementar as disposições constitucionais, que previam a criação de um sistema público capaz de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

O SUS é formado por várias instituições dos três níveis de governo, União, Estado e Município, e pelo setor privado contratado e conveniado, assim, esse sistema deve atuar como se fosse público, usando as mesmas normas do serviço público (BRASIL. Ministério da Saúde, 2007).

Temos consciência que pelas condições de vida e trabalho, ao longo da vida, a população idosa apresenta problemas de saúde que atualmente expressam grande demanda de serviços de saúde, com maior concentração de doenças crônicas e múltiplas, gerando maior consumo de serviços ambulatoriais e hospitalares, por maior tempo e com maior custo, quando comparado ao uso entre essa faixa etária e as demais na população. Os problemas de infra-estrutura dos serviços de saúde de forma mais geral, assim como a escassez de investimentos e os limites na ampliação da oferta de ações ficam destacados e, portanto, o envelhecimento da população acentua a necessidade de políticas de saúde mais efetivas na ampliação do acesso e na qualificação dos indicadores de prevalência e incidências de doenças (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

Em Viena no ano de 1982, ocorreu a Primeira Assembléia Mundial sobre as questões do Envelhecimento, quando foi traçado o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento. Plano que orientou todas as ações voltadas às questões do envelhecimento e sugeriu o “desenvolvimento de programas nacionais que atentem para os princípios de independência, participação, cuidados, auto-realização e dignidade em favor das pessoas de terceira idade” (HERÉDIA; CASARA 2000, p. 28).

No Brasil, no ano de 1988, um fato importante foi à aprovação da Constituição Federal, que contemplava o idoso em seis artigos, sendo os mais importantes os artigos 229 e o 230, foi o primeiro passo para o reconhecimento dos idosos brasileiros, os quais estão apresentados abaixo:

Artigo 229. [...] os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais, na velhice, carência ou enfermidade.

Artigo 230. A família, a Sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na Comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 1988).

Na década de 1990, outros países começaram a ter uma nova preocupação, em relação às políticas nacionais do envelhecimento de sua população. No Brasil, até 1994 não havia uma política nacional destinada às pessoas idosas, existiam apenas alguns decretos e leis, sugeridos a partir de 1975.

A seguridade social (no Brasil) ou segurança social (em Portugal, Angola, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Guiné Bissau e Moçambique) consiste num conjunto

de políticas sociais cujo fim é amparar e assistir o cidadão e sua família em situações como à velhice, a doença e o desemprego (SISTEMA, 2011).

A Lei nº 8.212, da Seguridade Orgânica da Seguridade Social em seu caput determina que ela seja composta de três pilares: previdência social, saúde e assistência social. Sendo que respectivamente esses buscam abranger:

Previdência Social: A Previdência Social tem por fim assegurar aos seus beneficiários meios indispensáveis de manutenção, por motivo de incapacidade, idade avançada, tempo de serviço, desemprego involuntário, encargos de família e reclusão ou morte daqueles de quem dependiam economicamente.

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

Assistência Social: A Assistência Social é a política social que provê o atendimento das necessidades básicas, traduzidas em proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e à pessoa portadora de deficiência, independentemente de contribuição à Seguridade Social (BRASIL, 1991).

Conforme definição de Martinez, a Política Nacional de Assistência Social é:

Um conjunto de atividades particulares e estatais direcionadas para o atendimento dos hipossuficientes, constituindo os bens oferecidos em pequenos benefícios em dinheiro, assistência à saúde, fornecimento de alimentos e outras pequenas prestações. Não só complementa os serviços da Previdência Social, como a amplia, em razão da natureza da clientela e das necessidades providas (1992,p. 99).

Constatamos que a assistência social visa garantir meios de subsistência às pessoas que não tenham condições de suprir o próprio sustento, dando especial atenção às crianças, velhos e deficientes, independentemente de contribuição à seguridade social. A assistência social é baseada no princípio da solidariedade, o que significa que é destinada a todos que dela necessitarem e está articulada a políticas de saúde e previdência social.

Já Sposati avalia o BPC como “peça forte do orçamento da assistência social” (2004, p.176).

A Política Nacional de Assistência Social – PNAS, encontra-se regulamentada pela Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS) é uma política não contributiva, que se destina a cidadãos e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade social, sendo que no LOAS é descrito no inciso I e V

respectivamente: “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice” e “a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”.

O BPC integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sendo coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. O Instituto Nacional de Seguro Social é responsável pela operacionalização do BCP.

A origem do benefício da prestação continuada (BPC) ou benefício assistencial (terminologia correta) consiste em um dos meios de se concretizar alguns dos objetivos da República Federativa do Brasil, quais sejam construir uma sociedade livre, justa e solidária; erradicar e promover o bem de todos. (artigo 3º da Constituição da República) (BRASIL, 1988).

Conforme a Constituição Federal de 1988, artigo 203, V.

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou tê-la provido por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988).

Constato, que a maior finalidade deste benefício assistencial é garantir o atendimento de necessidades básicas de cidadãos que não conseguem prover sozinho seu sustento. Esta lei se destina aos idosos com mais de 65 anos (idade propiciada pela chegada do estatuto do idoso) ou que não exerce atividade remunerada e aos usuários que são dependentes de cuidados e vulnerabilidade social.

O BPC é financiado com recursos provenientes do orçamento da Seguridade Social e é repassado ao INSS pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS, por meio do Fundo Nacional de Assistência Social - FNAS.

Não existindo limite de idade para a concessão do benefício assistencial para as pessoas que comprovarem mediante laudo de avaliação médica, sua condição da deficiência e do grau de incapacidade, aos peritos do SUS, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

Mas para que os idosos e usuários dependentes de cuidados possam receber o referido benefício assistencial, além da apresentação dos documentos exigidos, a renda per capita deve ser de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo da renda familiar, que será dividido pelo número de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendidos: cônjuge, o (a) companheiro(a), os pais, os filhos e irmãos não emancipados, de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos, e não podem estar recebendo nenhum benefício da Previdência Social.

O benefício assistencial, também pode ser pago a mais de um membro da família, desde que comprovadas todas as condições exigidas e que, mesmo assim, ainda se tenha a renda per capita de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. E este valor concedido a outros membros da mesma família passa a fazer parte do cálculo para a apuração da renda mensal familiar.

Este benefício assistencial não gera pensão a herdeiros ou sucessores, é intransferível, e não dá direito ao 13º salário. A sua concessão é revisada a cada dois anos, pois tem caráter provisório, devendo ser revisado se o beneficiário continua atendendo aos critérios de elegibilidade do BPC, conforme determina o artigo 21 da LOAS. O BPC será cancelado nos casos de: superação das condições que lhe deram origem; morte do beneficiário ou se comprovada qualquer irregularidade na concessão.

Constato que em algumas situações, o requerente do BPC precisa ser representado por um dos seus familiares ou cuidadores, por estar impossibilitado de comparecer, nos casos de representação legal, é necessária a apresentação dos documentos de procuração que comprovem a Curatela.

Observamos aqui, que o BPC é um dos instrumentos indispensáveis da Assistência Social aos idosos e usuários dependentes de cuidados, para que tenham suas necessidades básicas atendidas e possam viver com o mínimo de dignidade, quando não possam manter-se por si ou por suas famílias.

É imprescindível dizer que os princípios que embasam o BPC são os mesmos que abordam os da assistência social, enfatizando que o principal princípio é o da dignidade da pessoa humana.

Desse modo, podemos afirmar que o benefício assistencial é importante para uma sociedade com uma ampla vulnerabilidade social quanto a do Brasil, e devendo ser ampliado o BPC como uma política para os idosos frágeis no Brasil.

É pertinente afirmar que um salário mínimo, não possibilita a nenhuma família a dignidade no sentido amplo. Uma vez que constatamos que há uma mudança significativa na situação financeira nessa família devido às exigências nos cuidados com o doente, seja na alimentação, higiene, medicação e outras. Muitos doentes, em função de sua incapacidade de coordenação motora necessitam de objetos específicos como: bengalas, andadores, muletas, cadeira de rodas, fraldas, sondas, cama hospitalar e etc.

A trajetória da família em busca de auxílio e de suporte social torna-se árdua, pois muitos abandonam seu trabalho passando a não realizar nenhuma atividade fora de casa, ficando 24 horas envolvidas no cuidado de seu doente.

Apesar do SUS fornecer medicamentos nos postos de saúde municipais, muitas vezes os familiares não conseguem obtê-la por estar em falta, e também havendo os casos de certos medicamentos não estarem coberta pelo SUS. Nestes casos a situação dos doentes menos favorecidos se torna mais complexa, muitas vezes a família tem de compartilhar as despesas entre si ou recorrer aos vizinhos para ajudá-los na aquisição de tal medicação.

Verificamos as muitas dificuldades enfrentadas pelos núcleos familiares em que vivem idosos incapacitados, devido aos gastos financeiros, desgaste físico e emocional, tornando-se inevitável que o cuidador receba auxílio de outros membros da família ou de terceiros. A família acaba desenvolvendo vários tipos de estratégias para se reorganizarem de acordo com a disponibilidade de cada membro do grupo familiar, diminuindo assim a sobrecarga física do trabalho do cuidar (dar banho, vestir, alimentar, etc.), e/ou a contratação de uma pessoa específica para esta atividade, embora a maioria das famílias não possa sustentar esse gasto.

As situações analisadas acima nos mostram que existem famílias compostas por pessoas as quais o benefício se destina não terem condições de proverem a própria subsistência, com a renda do BPC, por receberem o mínimo para sobreviverem dignamente e para terem condições de manterem o cuidado de pessoas idosas com alto grau de dependência funcional.

E especificamente para a população idosa a Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), tendo como objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. (BRASIL, 1994).

Dois anos mais tarde, essa lei é regulamentada pelo Decreto 1.948, de 03 de julho de 1996, prevê ações relativas à Assistência Social, à Saúde, à Educação, ao Trabalho e à Previdência Social, à Habitação e ao Urbanismo, à Justiça, ao Esporte e Lazer.

Em 01 de outubro de 2003, surge a Lei 10.741, que “dispõe sobre o Estatuto do Idoso”, passando a vigorar a partir do dia 01 de janeiro de 2004. Tendo por finalidade apresentar os tipos de crimes que se praticam contra os idosos e definindo as penas para cada tipo de delito, bem como na ampliação de direitos com vistas para um futuro com melhores condições de vida ao idoso brasileiro, sob o ponto de vista biológico, psicológico, social, econômico e cultural. Um avanço no marco de vida para homens e mulheres com mais de 60 anos.

À medida que o número de idosos cresce constatamos que a longevidade não é mais apenas uma possibilidade de prolongar o número de anos que um indivíduo vive, com isso tornando-se imprescindível uma legislação que garanta o mínimo de condições de vida aos idosos e possibilite uma reflexão acerca dessas garantias.

O conceito de “envelhecimento ativo” formulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) induz as políticas de saúde à promoção de modos mais saudáveis de viver em todas as etapas da vida, assim como a atenção de qualidade e voltada para a produção de autonomia nas populações idosas, mesmo que em presença de doenças, com vistas a um envelhecimento com mais saúde e qualidade de vida (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 1994) reconhece a importância da parceria entre os profissionais da saúde e as pessoas que cuidam dos idosos, apontando que esta deverá possibilitar a sistematização das tarefas a serem realizadas no próprio domicílio. Com isso privilegiando-se ações relacionadas à promoção do envelhecimento saudável: à prevenção de incapacidades, à manutenção da capacidade funcional do idoso dependente e do seu cuidador, assistência às necessidades de saúde do idoso, a reabilitação da capacidade funcional comprometida, a capacitação de recursos humanos especializados, apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais, e apoio a estudos e pesquisas sobre o tema evitando-se assim, na medida do possível, hospitalizações, internações em asilos e outras formas de segregação e isolamento.

Porém no Brasil verificamos que poucas políticas são pensadas para as pessoas idosas com alto grau de dependência funcional. O povo brasileiro em seu

processo de envelhecimento traz consigo vários problemas de saúde que se desenvolveram ao longo de suas vidas, ao observarmos quais as ações governamentais que estão sendo operacionalizadas que garantem o cuidado dependentes percebemos que o BCP que está associado a assistência social, articula-se com a saúde pois permite que através do recebimento desse benefício o acesso a medicamentos e cuidados. Ainda não pensamos no Brasil, outras ações e políticas que permitam uma vida digna e de qualidade aos idosos dependentes, e esse fato deve ser pensado com urgência, uma vez que nossos velhos estão envelhecendo pobres, sem condições a manterem uma qualidade de vida.

No entanto é importante analisarmos quais os efeitos desse benefício para as pessoas idosas, buscar analisar essa ação a partir da perspectiva da saúde, porém sem deixar de ter o horizonte da seguridade social, do entrelaçamento que existe entre saúde e assistência social, pois a segunda dará condições que os cidadãos tenham plenas condições de saúde.

- Assim, que cuidados o BCP garante e permite em um contexto de pessoas idosa que dependem de outrem?
- Que acesso a que tipo de produtos e materiais é garantido?
- Como é possível o LOAS garantir os cuidados em saúde a idosos com dependência funcional?
- Como esse benefício, que é do âmbito da assistência social, garante a seguridade social, ou seja, o amparo na velhice e na doença?

A saúde é direito de todo cidadão, devendo o Estado garanti-la através de políticas sociais e econômicas, e nesse contexto que é relevante analisarmos de que maneira uma ação governamental da área da assistência social, tal como o BPC, permite cuidados e qualidade de vida a idosos frágeis.

No cenário que temos atualmente de envelhecimento do país, esse tipo de estudo justifica-se para avaliarmos os limites e desafios colocados para que no futuro consigamos garantir dignidade e promover o envelhecimento ativo da população.

5.2 O assistente social no processo de concessão do BPC

Os assistentes sociais têm no projeto ético-político do Serviço Social as diretrizes para o exercício profissional, que se pauta pela defesa de princípios e

valores éticos, entre eles, “a ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda sociedade com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras” (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 1993).

O trabalho realizado pelo Serviço Social na área da Assistência Social, é direcionado ao atendimento das necessidades básicas dos cidadãos, bem como, a garantir a universalidade das políticas sociais.

Ser cidadão significa participar de um processo democrático marcado pela soberania popular, onde existam condições sociais e institucionais que permitam a participação ativa dos cidadãos, na formação do governo e, conseqüentemente, no controle da vida social.

Vasconcelos caracteriza como demandas do Serviço Social:

[...] orientações diversas (previdenciárias, documentação, aconselhamento, apoio, etc); “encaminhamentos internos” (para programas, projetos, recursos e/ou serviços da unidade); “encaminhamentos externos” (INSS, Defensoria Pública, outras unidades de saúde, recursos assistenciais, etc.); “esclarecimentos”, “informações”, “providências”, “apoio”, “aconselhamento” (2002, p. 167).

É neste momento que o usuário traz à tona suas necessidades, e o assistente social tentará responder às mesmas a partir de suas ferramentas e tecnologias disponíveis e socializando estes registros com a equipe multiprofissional.

O Serviço Social brasileiro teve destaque no processo político nacional, estando presente nas principais discussões a partir da Constituição de 1988, desde a elaboração da Lei Orgânica da Assistência Social até a promulgação da Política Nacional de Assistência Social, porém, é necessário que essa categoria busque, cada vez mais, participar de espaços que contribuam na construção de propostas de políticas sociais públicas para o enfrentamento das desigualdades sociais que afetam grande parte da população brasileira. Buscando a garantia da ação profissional pautada nos parâmetros de capacitação para pesquisar, elaborar, gerir e decidir a respeito das políticas sociais e programas institucionais, expressando a necessidade da constante capacitação teórica, ética e política.

É imprescindível que o assistente social abra espaço para a escuta dos sujeitos que, por muitas vezes, são pessoas esquecidas por uma sociedade que se organiza por uma lógica de mercado que desvaloriza seres humanos que são “excluídos” do sistema produtivo: idosos, desempregados, moradores de rua, etc.

Segundo Garrett, (1988, p.52-53)

O primeiro objetivo básico da entrevista é obter compreensão do problema e da situação da pessoa que necessita auxílio. Em primeiro lugar, ouvirá as declarações de seu cliente sobre suas necessidades. Então guiará a entrevista nas linhas que pareçam ser mais apropriadas às circunstâncias especiais do caso.

O assistente social deve estar capacitado para perceber a fragilização dos indivíduos decorrentes do desemprego, da perda da auto-estima, dos problemas de saúde, entre outros fatores que levam os indivíduos a perderem a dimensão de projeto de vida.

É durante o período da hospitalização que o assistente social observa claramente o sofrimento marcante da família quando ela recebe o diagnóstico, e sente-se insegura e aterrorizada havendo um profundo estresse emocional em todos os seus integrantes. A família depara-se com um ambiente estranho, frio, onde “lidar com o sofrimento implica, muitas vezes, reviver momentos pessoais de sofrimento. Implica se identificar com a pessoa que sofre e sofrer junto com ela, e conviver com o sofrimento gera sofrimento” (CAMPOS, 2005, p. 34).

Frente a uma situação de adoecimento, a família pode organizar-se de inúmeras formas. Se ela é uma família ampliada, extensa, as possibilidades de contar com o apoio de pessoas além do círculo nuclear, ou da comunidade serão maiores, quanto menor forem o número de membros, menores, mais desamparados se encontrará essa família, tanto do doente perante o apoio familiar quanto da família frente à rede social.

Entretanto, lidar com uma doença que demanda cuidados prolongados requer a participação da sociedade, que, na figura do Estado tem como dever garantir “acompanhamento e controle de doenças crônicas” (MARSIGLIA, 2007, p.169) e ainda cuidados extensivos ao grupo familiar. As práticas de solidariedade e apoio mútuo nos permitem afirmar que, através do apoio social, os membros da família preocupam-se com a gravidade da doença e as possíveis rupturas no seu estilo de vida, desde a privacidade até aos rendimentos.

É preciso pensar formas de intervir na realidade, através dos movimentos sociais e de setores organizados da sociedade civil na tentativa de reconstrução de uma sociedade justa.

O assistente social faz parte integrante do processo de trabalho hospitalar, necessitando ser um profissional interventivo e prepositivo, com competência crítica,

que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade, não ficando somente no plano executivo que impede o vislumbrar de possibilidades inovadoras para novas ações.

É necessário que tenhamos preocupação com a qualidade dos serviços prestados, com respeito aos usuários (investindo na melhoria dos programas institucionais), aprimorando a rede de abrangência dos serviços públicos, reagindo contra a imposição de programas e atendimentos focalistas e seletivos. Também socializando informações referentes aos direitos sociais dos usuários, uma vez que muitos desconhecem seus próprios direitos, ignoram os recursos que podem utilizar, bem como informações sobre sua própria saúde.

Verifico que o BPC representa para seus beneficiários, a garantia de atendimento de suas necessidades básicas. É inegável a importância desse benefício para o sustento de muitas famílias brasileiras, para muitos, é a única renda familiar, o que eleva a auto-estima do beneficiário, a partir do momento em que ele percebe que está ajudando na subsistência de sua família. Mas o BPC não fica isento da lógica de contenção, encontra-se inserido num contexto de cortes, a história demonstra que o benefício é restrito e limitado conforme capítulo anterior.

De acordo com Gomes (2001) o limite da sobrevivência do BPC refere-se tão somente às necessidades de alimentação com uma ração precária, insuficiente para sustentação durante um mês. A referida autora ainda chama a atenção para o condicionamento do benefício à renda familiar, apenas nos casos em que a renda per capita se encaixa em $\frac{1}{4}$ do salário mínimo é que a pessoa tem direito ao benefício.

É interessante destacar que no caso do BPC, seus requerentes vivem em situação de vulnerabilidade, seja pela idade avançada, seja pela deficiência que o incapacita para a vida independente e para o trabalho. Em ambos os casos, há uma necessidade especial de renda para elevar as condições de vida e diminuir as barreiras que são colocadas no cotidiano. Além de ser uma questão de justiça social.

A atuação dos assistentes sociais, no âmbito da gestão do BPC, está vinculada à garantia dos direitos sociais dos cidadãos e ao novo modelo de avaliação social, "o modelo médico e social", que fornece uma visão mais ampla do estado de saúde sendo chamado de *Modelo biopsicossocial*, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

O Decreto 6.214/2007 estabelece a avaliação social para o reconhecimento do BPC às pessoas com deficiência. No artigo 4º:

à pessoa com deficiência é aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho; e por capacidade conceitua como um fenômeno multidimensional que abrange limitação de desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social (BRASIL, 2007).

O artigo 16º deste Decreto assinala que:

a avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades (parágrafo 2º) (BRASIL, 2007).

A revisão do benefício, que de acordo com o artigo 21º, do LOAS, é realizada a cada dois anos, após a concessão, que consiste em avaliar a continuidade das condições que lhe deram origem, com realização de visitas domiciliares, com o objetivo de avaliar os aspectos pessoais, sociais, econômicos e culturais, bem como a infraestrutura do local onde vivem, verificando-se o beneficiário continua preenchendo os requisitos de manutenção do benefício e em muitos casos torna-se necessário uma nova avaliação pericial.

Segundo descrição no sítio da Previdência Social, o Serviço Social seria:

[...] um serviço prestado aos segurados da Previdência com a finalidade de esclarecer seus direitos sociais e os meios de exercê-los. Em como prioridade, além de facilitar o acesso aos benefícios e serviços previdenciários, estabelecer o processo de solução dos problemas sociais relacionados com a Previdência Social. (BRASIL. 2007).

Constato que o BPC não poderia ser restrito à incapacidade para o trabalho e à renda familiar per capita, pois muitos deficientes têm seus benefícios indeferidos por serem considerados aptos para o trabalho, mesmo que estejam incapacitados.

É preciso que o direito social seja utilizado como fundamento, quando da implantação e da implementação das políticas sociais, e que ocorra o reconhecimento da cidadania, por meio da adoção de programas voltados ao fortalecimento emancipatório de seus usuários, desenvolvendo a sua autonomia e assegurando a sua inclusão social.

Verifico que é imprescindível a aproximação do assistente social com a família, pois é dentro desse contexto em que se percebe a singularidade de cada caso e sua realidade, e a partir daí podermos ofertar um suporte adequado de acordo com a necessidade de cada família.

É necessário que os assistentes sociais rompam com práticas cristalizadas, estejam abertos ao trabalho interdisciplinar e assumam a postura de defesa dos serviços implantados independente da “vontade política” de determinada administração, não admitindo a descontinuidade dos serviços. Visualizo que se a população for capacitada, ela própria irá lutar pelos seus direitos perante a sociedade.

6 METODOLOGIA

6.1 Delineamento

A pesquisa será de abordagem qualitativa com aplicação de questionário aberto. Segundo Minayo:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (1994, p. 21-22).

Verifico que a pesquisa qualitativa é de uma especial relevância ao estudo das relações sociais, devido à pluralização das esferas de vida como a diversidade de ambientes, as subculturas, os estilos e formas de vida, onde é exigido uma certa sensibilidade para a realização do estudo empírico das questões.

6.2 Local e Participantes

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) 100% SUS, é composto de quatro unidades hospitalares: Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC); Hospital Cristo Redentor (HCR); Hospital Fêmeina (HF); Hospital da Criança Conceição (HCC) e com a Gerência da Saúde Comunitária (GSC) com doze postos, que são vinculados ao Ministério da Saúde e oferece a totalidade de seus serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição é o maior das unidades hospitalares que compõem o GHC, a Unidade de Neurologia é composta por doze leitos de enfermaria. Possui ainda uma sala para atendimentos a pacientes graves com quatro leitos (Unidade Intermediária), totalizando dezesseis leitos para atendimento de diversas patologias neurológicas tais como: epilepsia, crises convulsivas, neuropatias, cefaléia e Acidente Vascular Cerebral (AVC) entre outras.

É um hospital geral com internação de média e alta complexidade e ambulatorios, sendo referência para a zona norte de Porto Alegre e também para região metropolitana e interior do Estado.

Os participantes da pesquisa serão os cuidadores dos pacientes internados com AVC, selecionados a partir dos seguintes critérios: o cuidador deve permanecer um turno na companhia do paciente; o paciente deve apresentar seqüelas motoras decorrente do AVC e ser dependente para AVDs (atividades de vida diária) e AIVDs (atividades instrumentais da vida diária) e ser beneficiário do BPC.

A referida pesquisa será realizada na sala de atendimento do Serviço Social, 3093 no 3º andar do Hospital Nossa senhora da Conceição, no período de setembro de 2011 a novembro de 2011, com vinte e um cuidadores de pessoas beneficiadas pelo BPC. Durante os três meses deste estudo, serão sorteados seis cuidadores por mês para o desenvolvimento da pesquisa.

6.3 Coleta de Dados e Análise

A coleta de dados dar-se-á através de questionário (Apêndice 2) elaborado pela pesquisadora com perguntas abertas de maneira que os pesquisados poderão responder livremente e usando linguagem coloquial as questões apresentadas. Da mesma forma, para a concretização da referida pesquisa será aplicado um pré-teste com três cuidadores, que não farão parte da amostragem, para verificação se o questionário apresenta-se consistente, com linguagem acessível, sem causar embaraço aos sujeitos de pesquisa, e se o mesmo contemplaria os objetivos específicos citados.

Após esta amostra, será aplicado aos cuidadores individualmente, independente da idade, sexo, etnia, estado civil e classe social. A importância da pesquisa qualitativa para o Serviço Social é o amplo conhecimento e a possível interpretação da realidade que este proporciona. Promovendo ao assistente social a construção crítica frente aos problemas e demandas atendidas a população beneficiária do BPC.

Efetivada a aplicação dos questionários, partiremos para o processamento e análise dos dados, composta de: digitação, categorização, interpretação, conclusão. A segunda etapa será a da redação do relatório e apresentação do resultado final.

7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa será levado à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Solicitar-se-á aos participantes a autorização para incluí-los na pesquisa, de forma não identificada garantindo o sigilo de sua identidade. Nessa ocasião haverá o esclarecimento aos participantes sobre os dados da pesquisa que poderão, eventualmente, ser publicados. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1), deverá ser assinado em duas vias, ficando uma com o participante e a outra com a pesquisadora.

As informações obtidas no questionário ficarão guardadas com a pesquisadora durante o período de cinco anos, após serão destruído.

8 CRONOGRAMA

Atividades/ Período 2011	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto	X	X	X	X	X	X	X	X				
Apresentação do Projeto								X				
Coleta de Dados									X	X	X	
Análise dos Dados												X
Elaboração do Relatório												X

Atividades/ Período 2010	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Levantamento Bibliográfico	X	X	X	X	X
Elaboração do Projeto				X	X

9 ORÇAMENTO

MATERIAL DE CONSUMO	VALORES
PAPEL A4	R\$ 40,00
CANETA ESFEROGRÁFICA	R\$ 20,00
CARTUCHO IMPRESSORA JATO DE TINTA	R\$ 180,00
CD R	R\$ 10,00
PASTA ARQUIVO AZ	R\$ 20,00
PASTA PLÁSTICA COM ELÁSTICO	R\$ 15,00
TOTAL	R\$ 285,00

O pesquisador responsável necessitará realizar três horas semanais, fora de sua carga horária, em banco de horas, para aplicação do questionário e digitar os resultados da pesquisa.

REFERÊNCIAS

ABEPSS. Formação do assistente social no Brasil e a consolidação do projeto ético-político. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 79, p. 73-81, set. 2004.

BRASIL. Decreto 1.948, de 03 de julho de 1996. Regulamenta a Lei n. 8842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 jul. 1996. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1996/1948.htm>>. Acesso em: 17 jun. 2011.

_____. Decreto 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 set. 2007. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2007/6214.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

_____. Decreto 6.564, de 12 de setembro de 2008. Altera o regulamento do benefício de prestação continuada, aprovado pelo Decreto 6.214 de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 set. 2008. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/2008/6564.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 16 jun. 2011.

_____. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul. 1991. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8212_8.htm>. Acesso em: 16 jun. 2011.

_____. Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1994/8842.htm>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

_____. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2003. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

_____. Lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 dez. 1993. Disponível em:
<<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1993/8742.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 17 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa MultiplicaSUS**: curso básico sobre o SUS: (Re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos. 2. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2007.

_____. **Guia prático do cuidador**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da população idosa**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**: manual informativo para jornalistas, gestores e técnicos. Brasília, DF: MDS, 2005. Disponível em:
< <http://www.mds.gov.br/gestaodainformacao/biblioteca/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/guias/sistema-unico-de-assistencia-social-suas-manual-informativo-para-jornalistas-gestores-e-tecnicos/sistema-unico-de-assistencia-social-suas-manual-informativo-para-jornalistas-gestores-e-tecnicos>>. Acesso em: 18 jun. 2011.

CAMPOS, Eugenio Paes. **Quem cuida do cuidador**: uma proposta para os profissionais de saúde. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Código de ética profissional dos assistentes sociais**. Brasília, DF: CFESS, 1993. Disponível em:
<http://www.cfess.org.br/pdf/legislacao_etica_cfess.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2011.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - CRESS 7ª Região. **Assistente social**: ética e direitos: coletânea de Leis e Resoluções. 4. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2003.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL - CRESS 10ª Região. **Coletânea de leis**. Porto Alegre: Dacasa; Palmerinca, 2009.

GARRETT, Annette Maria. **A entrevista, seus princípios e métodos**. Rio de Janeiro: Agir, 1988.

GOMES, Ana Lúcia. O benefício de prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo, n. 68, 2001.

HERÉDIA, Vania Beatriz Merlotti; CASARA, Miriam Bonho. **Tempos vividos:** identidade, memória e cultura do idoso. Caxias do Sul: Educs, 2000.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 700-701, jul. 2003.

MARSIGLIA, R. M. G. **Famílias:** questões para o Programa de Saúde da Família. IN: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália (Org.) **Famílias: redes, laços e políticas públicas.** 3. ed. São Paulo: Cortez; PUC/SP, 2007. p. 169.

MARTINEZ, Wladimir Novaes. **A seguridade social na Constituição Federal.** 2. ed. São Paulo: LTR, 1992.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. (Org). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde - CIF: guia para principiantes. **Organização Mundial de Saúde**, Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/Material/Guia_para_principiantes_CIF_cbcd.pdf>. Acesso em 17 jun. 2011.

SISTEMA único de saúde. 2011. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_%C3%AAnico-de-As%C3%Bade>. Acesso em: 20 jun. 2011.

SPOSATI, Aldaíza. Benefício de prestação continuada como mínimo social. In: _____. **Proteção social de cidadania:** inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004. p. 176.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS SUJEITOS DA PESQUISA

Solicito sua colaboração no sentido de participar da presente pesquisa. O objetivo desta pesquisa é avaliar como o Benefício de Prestação Continuada é usado em contextos em que pessoas idosas são dependentes funcionalmente, assim como analisar como essa política de assistência social garante o amparo e a assistência na velhice e doença, preceito da Seguridade Social. Esta instituição tomará conhecimento dos resultados obtidos, quando forem publicados no relatório final, no qual estará assegurado, o anonimato dos componentes da amostra. Os resultados desta pesquisa são estritamente confidenciais e em nenhum caso acessível a outras pessoas.

Pelo presente termo, declaro que fui informado de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa, do questionário que responderei e dos benefícios da pesquisa. Fui igualmente informado:

- da garantia de requerer respostas a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios assim como outros assuntos relacionados à investigação;
- da liberdade de retirar meu consentimento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim e ao paciente;
- da segurança de que não serei identificado, bem como o paciente, e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a nossa privacidade.

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida com a autora do projeto Assistente Social Eliane Helena Alves Arnolte Lauermaann, fone 51 33572322. Ou pelo email eliane@ghc.com.br.

EU.....

Li o texto (fui informado), e concordo em participar da pesquisa.

.....

Assinatura

Data:...../...../.....

Pesquisador:

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO

1- Identificação

Nome

Idade

Escolaridade

Estado Civil

Profissão

Ocupação

Fonte de renda e valor

Tipo de moradia: () própria () alugada () cedida () financiada

2 – O que vocês pensam sobre a velhice?

3 - O que você pensa sobre incapacidade?

4 – Como vocês estão vivenciando esta nova realidade – incapacidade?

5 – Como a família sobrevive?

6 - Quem é responsável pela execução das tarefas domésticas, provisão econômica do lar e outras responsabilidades referentes à manutenção da família?

7 – Vocês têm acesso aos direitos sociais (saúde, previdência social, trabalho, lazer)? Desde quando?

8- O que esse benefício viabilizaria no cuidado? Ele te dá acesso a algo? O quê?

9- Tinha conhecimento? Quem orientou?