

Instituto Nacional do Seguro Social

INSS

Perito Médico Previdenciário Conhecimentos Gerais

SUMÁRIO

LÍNGUA PORTUGUESA.....	11
■ COMPREENSÃO E INTERPRETAÇÃO DE TEXTOS	11
■ TIPOLOGIA TEXTUAL	13
■ ORTOGRAFIA OFICIAL	17
■ ACENTUAÇÃO GRÁFICA	18
■ EMPREGO DAS CLASSES DE PALAVRAS	19
■ EMPREGO DO SINAL INDICATIVO DE CRASE	39
■ SINTAXE DA ORAÇÃO E DO PERÍODO	40
■ PONTUAÇÃO	49
■ CONCORDÂNCIA NOMINAL E VERBAL	51
■ REGÊNCIAS NOMINAL E VERBAL	55
■ SIGNIFICAÇÃO DAS PALAVRAS	57
■ REDAÇÃO DE CORRESPONDÊNCIAS OFICIAIS	59
ÉTICA NO SERVIÇO PÚBLICO.....	93
■ CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO SERVIDOR PÚBLICO CIVIL DO PODER EXECUTIVO FEDERAL - DECRETO N° 1.171, DE 1994	93
■ DECRETO N° 6.029, DE 2007	96
NOÇÕES DE DIREITO CONSTITUCIONAL.....	101
■ DIREITOS E DEVERES FUNDAMENTAIS	101
DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS: DIREITO À VIDA, À LIBERDADE, À IGUALDADE, À SEGURANÇA E À PROPRIEDADE	101
DIREITOS SOCIAIS	104
NACIONALIDADE	110
CIDADANIA	113
GARANTIAS CONSTITUCIONAIS INDIVIDUAIS E GARANTIAS DOS DIREITOS COLETIVOS, SOCIAIS E POLÍTICOS	113

■ DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA (ARTS. DE 37 A 41, CAPÍTULO VII, CONSTITUIÇÃO FEDERAL)	124
NOÇÕES DE DIREITO ADMINISTRATIVO	141
■ ESTADO, GOVERNO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	141
CONCEITOS E ELEMENTOS	141
PODERES	141
ORGANIZAÇÃO, NATUREZA E FINS	142
■ DIREITO ADMINISTRATIVO.....	143
CONCEITO	143
FONTES	144
PRINCÍPIOS.....	144
■ ORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DA UNIÃO.....	147
ADMINISTRAÇÃO DIRETA E INDIRETA	147
■ AGENTES PÚBLICOS: ESPÉCIES E CLASSIFICAÇÃO	154
REGIME JURÍDICO ÚNICO: PROVIMENTO, VACÂNCIA, REMOÇÃO, REDISTRIBUIÇÃO E SUBSTITUIÇÃO	155
PODERES, DEVERES E PRERROGATIVAS	157
DIREITOS E VANTAGENS	158
REGIME DISCIPLINAR	161
Cargo, Emprego e Função Públicos.....	161
Responsabilidade Civil, Criminal e Administrativa	161
■ PODERES ADMINISTRATIVOS.....	163
USO E ABUSO DO PODER	163
PODER REGULAMENTAR	164
PODER HIERÁRQUICO	165
PODER DISCIPLINAR	166
PODER DE POLÍCIA.....	166
Natureza Jurídica do Poder de Polícia.....	166
Polícia Administrativa e Polícia Judiciária.....	167
■ ATO ADMINISTRATIVO.....	167
VALIDADE.....	167

EFICÁCIA	167
ATRIBUTOS	168
EXTINÇÃO	169
Desfazimento.....	169
SANATÓRIA.....	170
CLASSIFICAÇÃO: VINCULAÇÃO E DISCRICIONARIEDADE.....	170
ESPÉCIES	171
EXTERIORIZAÇÃO	172
■ SERVIÇOS PÚBLICOS	172
CONCEITO, REGULAMENTAÇÃO E CONTROLE.....	172
CLASSIFICAÇÃO.....	173
FORMA, MEIOS E REQUISITOS.....	174
DELEGAÇÃO: CONCESSÃO, PERMISSÃO E AUTORIZAÇÃO.....	174
■ CONTROLE E RESPONSABILIZAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO.....	177
CONTROLE ADMINISTRATIVO	177
CONTROLE JUDICIAL.....	177
CONTROLE LEGISLATIVO	178
■ RESPONSABILIDADE CIVIL DO ESTADO	180
■ LEI Nº 8.429, DE 1992 E ALTERAÇÕES POSTERIORES	
DISPÕE SOBRE AS SANÇÕES APLICÁVEIS AOS AGENTES PÚBLICOS NOS CASOS DE ENRIQUECIMENTO ILÍCITO NO EXERCÍCIO DE MANDATO, CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DIRETA, INDIRETA OU FUNDACIONAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.....	184
CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS.....	205
■ MEDICINA GERAL.....	205
ÉTICA MÉDICO-PROFISSIONAL	205
■ NOÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA	205
CONCEITO, HISTÓRICO E OBJETIVOS.....	205
RELAÇÕES DE CAUSA E EFEITO	205
ÍNDICES E COEFICIENTES SANITÁRIOS	205

NOÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO NATURAL DAS VARIADAS DOENÇAS E OS CONCEITOS DE EPIDEMIA, ENDEMICIA, PANDEMIA E PROZODEMIA	205
EPIDEMIOLOGIA ATUALMENTE NO BRASIL E EPIDEMIAS E ENDEMIAS ATUAIS	206
DOENÇAS COMUNICÁVEIS	206
NÍVEIS DE PREVENÇÃO E MEDIDAS PROFILÁTICAS	208
INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA	208
■ CLÍNICA MÉDICA E CONDUTA MÉDICO-PERICIAL	209
NOÇÕES GERAIS DAS ÁREAS MÉDICAS: CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA, GINECO-OBSTETRÍCIA, PSIQUIATRIA, ORTOPEDIA E CARDIOLOGIA	209
CONDUTA PERICIAL	209
■ LEGISLAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CONTEÚDO, FONTES E AUTONOMIA	210
LEI Nº 8.742, DE 1993, E ALTERAÇÕES POSTERIORES	210
DECRETO Nº 6.214, DE 2007, E ALTERAÇÕES POSTERIORES	214
■ MEDICINA DO TRABALHO	226
A SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO NOS DIPLOMAS LEGAIS VIGENTES NO PAÍS: CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, DE 1988	226
SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO NAS SEGUINTEs NORMAS INTERNACIONAIS DA ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT	230
CONVENÇÃO Nº 81 – INSPEÇÃO DO TRABALHO (DECRETO Nº 95.461, DE 11/12/1987)	230
CONVENÇÃO Nº 139 – PREVENÇÃO E CONTROLE DE RISCOS PROFISSIONAIS CAUSADOS POR SUBSTÂNCIAS OU AGENTES CANCERÍGENOS (DECRETO Nº 157, DE 2/6/1991)	231
CONVENÇÃO Nº 148 – PROTEÇÃO DOS TRABALHADORES CONTRA OS RISCOS PROFISSIONAIS DEVIDOS À CONTAMINAÇÃO DO AR, AO RUÍDO E ÀS VIBRAÇÕES NO LOCAL DE TRABALHO (DECRETO Nº 93.413, DE 15/10/1986)	231
CONVENÇÃO Nº 155 – SEGURANÇA DE SAÚDE DOS TRABALHADORES (DECRETO Nº 1.254, DE 29/9/1994)	232
CONVENÇÃO Nº 161 – SERVIÇOS DE SAÚDE DO TRABALHO (DECRETO Nº 127, DE 22/5/1991)	233
DOENÇAS OCUPACIONAIS, ACIDENTE DO TRABALHO E CONDUTA MÉDICO-PERICIAL: CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA	235
IMPACTO DO TRABALHO SOBRE A SAÚDE E SEGURANÇA DOS TRABALHADORES E INDICADORES DE SAÚDE – DOENÇA DOS TRABALHADORES	236
Situação Atual da Saúde dos Trabalhadores no Brasil	236
PATOLOGIA DO TRABALHO, CONDUTA PERICIAL E NORMAS TÉCNICAS DAS LER/DORT	238

LEGISLAÇÕES	245
■ LEGISLAÇÃO REFERENTE AO SUS: LEI Nº 8.080, DE 1990, E ALTERAÇÕES POSTERIORES, TÍTULOS I E II	245
■ PORTARIA Nº 3.908, DE 1998	257
■ PORTARIA MS Nº 656, DE 20/09/2002	259
■ PORTARIA MS Nº 666, DE 30/09/2002	261
■ LEGISLAÇÃO DO TRABALHO: CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO - CLT	264
■ LEGISLAÇÃO PREVIDENCIÁRIA	280
SEGURIDADE SOCIAL: ORIGEM E EVOLUÇÃO NO BRASIL	280
CONCEITUAÇÃO	286
ORGANIZAÇÃO	287
PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS.....	288
CONTEÚDO, FONTES E AUTONOMIA	291
FUNÇÕES INSTITUCIONAIS DO INSS	292
APLICAÇÃO DAS NORMAS PREVIDENCIÁRIAS	292
VIGÊNCIA, HIERARQUIA, INTERPRETAÇÃO E INTEGRAÇÃO	292
■ LEI Nº 8.212, DE 24/07/1991: TÍTULOS I A V; TÍTULO VI – INTRODUÇÃO E CAPÍTULO I E TÍTULO VIII.....	295
■ LEI Nº 8.213, DE 24/07/1991 (NA ÍNTEGRA)	295
■ REGULAMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: DECRETO Nº 3.048, DE 06/05/1999 E ALTERAÇÕES	298

CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

MEDICINA GERAL

ÉTICA MÉDICO-PROFISSIONAL

A ética médica é um conjunto de valores e princípios que orientam a conduta dos profissionais de saúde. No Brasil, o Código de Ética Médica regula a prática médica, assegurando que os direitos dos pacientes sejam respeitados e que os médicos atuem de forma íntegra e responsável.

Dessa forma, o médico deve exercer a profissão com autonomia, não permitindo que questões de religião, nacionalidade, raça, gênero ou qualquer outra forma de discriminação interfiram na sua conduta profissional. Além disso, deve manter o sigilo profissional, respeitar a vida humana e não explorar o paciente em benefício próprio.

A relação médico-paciente deve ser pautada na confiança, no respeito mútuo e na transparência. Assim, o médico deve informar o paciente sobre seu estado de saúde, sobre os procedimentos recomendados e sobre os riscos envolvidos.

Portanto, a formação ética deve começar já na graduação, com a educação médica enfatizando a importância da ética profissional. Os médicos devem buscar constante atualização para garantir uma prática baseada em evidências científicas e nos mais altos padrões éticos.

NOÇÕES DE EPIDEMIOLOGIA

CONCEITO, HISTÓRICO E OBJETIVOS

A epidemiologia é definida como a ciência que estuda o processo saúde doença em coletividades humanas, verificando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos relacionados à saúde coletiva. Também indica medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornece informação e conhecimento para que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde (Rouquayrol; Gurgel, 2013).

Tem como princípio básico o conhecimento dos eventos associados à saúde (como doenças, seus determinantes e o uso de serviços de saúde) que não se propagam por acaso entre as pessoas. Existem grupos populacionais que manifestam mais casos de certos agravos, e outros que morrem mais por determinada enfermidade. Isso acontece porque os fatores que influenciam o estado de saúde das pessoas, não distribuídos igualmente na população, afetam mais alguns grupos que outros (Gomes, 2013).

Na epidemiologia existem três grandes áreas de estudo e metodologia (Gomes, 2013):

- estatística;
- ciências biológicas;
- ciências sociais.

Sua atuação é ampla; vejamos alguns exemplos:

- **Descrição das condições de saúde da população por meio da construção de indicadores de saúde.** Exemplo: taxa de mortalidade, taxa de incidência de uma doença;
- **Investigação dos fatores determinantes da situação de saúde.** Exemplo: investigação de agentes etiológicos, fatores de risco;
- **Avaliação do impacto das ações para alterar a situação de saúde.** Exemplo: avaliação do impacto do saneamento para diminuir parasitoses na comunidade. (Gomes, 2013)

RELAÇÕES DE CAUSA E EFEITO

Um dos conceitos centrais da epidemiologia é a relação de causa e efeito, que se refere à conexão entre um fator específico (causa) e um estado de saúde (efeito).

Para estabelecer uma relação causal, os epidemiologistas utilizam diferentes tipos de estudos, como coortes, caso-controle e intervenção. Por exemplo, um estudo de coorte pode acompanhar um grupo de indivíduos não fumantes ao longo do tempo para verificar se desenvolvem câncer de pulmão, comparando-os com um grupo de fumantes.

ÍNDICES E COEFICIENTES SANITÁRIOS

Um dos principais instrumentos da epidemiologia são os índices e coeficientes sanitários, que permitem a análise quantitativa da situação de saúde de uma comunidade.

Coefficiente de Mortalidade Geral (CMG)

O CMG é calculado por meio da divisão do número total de óbitos em um período pelo número de indivíduos na população no meio desse período multiplicado por 1.000. Esse índice reflete o nível de saúde de uma população e é influenciado por fatores como qualidade de vida e acesso a serviços de saúde.

Coefficiente de Mortalidade Infantil (CMI)

O CMI é um indicador sensível das condições socioeconômicas e de saúde de uma população. É obtido pela divisão do número de óbitos de crianças menores de um ano pelo número de nascidos vivos no mesmo período multiplicado por 1.000.

NOÇÕES SOBRE A EVOLUÇÃO NATURAL DAS VARIADAS DOENÇAS E OS CONCEITOS DE EPIDEMIA, ENDEMIA, PANDEMIA E PROZODEMIA

A história natural de uma doença é dividida em períodos que incluem a fase pré-patogênica (antes da doença se manifestar), a fase patogênica (quando a doença se desenvolve) e os possíveis desfechos (cura, cronicidade ou morte). Veja a seguir as fases da evolução natural das doenças.

- **Fase pré-patogênica:** envolve os fatores de risco e as condições que precedem a doença. Por exemplo, o tabagismo é um fator de risco conhecido para o desenvolvimento de câncer de pulmão;
- **Fase patogênica:** inicia-se com as primeiras alterações específicas no organismo até a manifestação clínica da doença. No caso da dengue, por exemplo, essa fase começa com a picada do mosquito *Aedes aegypti*;
- **Desfechos:** dependendo da doença e do tratamento, pode resultar em recuperação, incapacidade ou morte. A evolução da covid-19, por exemplo, pode variar desde uma recuperação completa até casos fatais.

As endemias e as epidemias são palavras-chave usadas para descrever a propagação de doenças em uma população. Embora ambos os termos estejam relacionados com a transmissão de doenças, eles são usados para descrever situações diferentes.

Uma **endemia** refere-se à presença constante de uma doença em uma determinada área geográfica ou população (MOURA; ROCHA, 2012). Em uma endemia, a doença se encontra de forma habitual nessa região e as taxas de incidência são previsíveis e estáveis ao longo do tempo (MOURA; ROCHA, 2012). A doença se torna endêmica quando se estabelece e mantém um equilíbrio com a população local, podendo ser transmitida de pessoa para pessoa ou ser transmitida por vetores, como mosquitos. A malária em algumas áreas tropicais é um exemplo de uma doença endêmica.

Por outro lado, uma **epidemia** se produz quando a incidência de uma doença aumenta de maneira significativa acima do esperado em uma população ou área específica (MOURA; ROCHA, 2012). Assim, a doença se propaga rapidamente e afeta um grande número de pessoas em um curto período. Embora o termo “epidemia” seja frequentemente associado a doenças infecciosas, como gripe ou sarampo, ele também pode ser usado para descrever o aumento da propagação de doenças não infecciosas.

Uma **pandemia** ocorre com a disseminação de uma epidemia por vários países ou continentes, atingindo um grande número de pessoas. Diferentemente de uma epidemia, que é limitada a uma área geográfica específica, uma pandemia é caracterizada por sua disseminação global (BARATA, 2020). A pandemia pode ocorrer quando uma nova doença surge e se espalha facilmente entre as pessoas, como ocorreu com a pandemia da covid-19, em 2020 e 2021 (BARATA, 2020).

Essas configurações são amplamente aceitas no campo da epidemiologia e são usadas para descrever diferentes padrões de controle de doenças em uma população. Ao longo da história devido às circunstâncias de saúde nas áreas urbanas e à falta de conhecimento sobre as causas das enfermidades contagiosas, diversas doenças contribuíram para restrição do progresso populacional e, em muitas ocasiões, alteraram significativamente o desenrolar dos acontecimentos históricos (ANDRADE; LOPES, 2020).

A primeira pandemia registrada na história foi o do vírus da gripe em 1580, na Ásia, que, em apenas seis meses, matou cerca de 10% da população das áreas afetadas. Em 1918, surgiu a gripe espanhola, que foi considerada uma das maiores pandemias existente até os dias atuais, tendo causado mais de 500 mil contágios (BARATA, 2020).

No início da década de 1980, surgiu o vírus do HIV, que levou mais de 35 milhões de pessoas a morrerem por complicações relacionadas à Aids (síndrome da imunodeficiência humana) (BARATA, 2020). E, apesar de existir tratamento que permite qualidade de vida aos portadores desse vírus, a doença ainda não possui uma cura.

Em 2009, a pandemia causada pelo vírus H1N1, conhecida como gripe suína, provocou a morte de 203 mil pessoas em todo mundo, afetando principalmente pessoas entre cinco e 24 anos (BARATA, 2020). Após quase 10 anos, em 2019, a Organização Mundial de Saúde (OMS) é notificada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, na China, e, em janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmam uma nova cepa de coronavírus, o SARS-CoV-2, responsável por causar a doença covid-19, que, em 2023, já havia causado a morte de quase 20 milhões de pessoas (BARATA, 2020).

Existem, ainda, outras doenças, como tuberculose, hanseníase, o zika, a dengue e a chikungunya, que são patologias de preocupação mundial com grande ocorrência em muitos países subdesenvolvidos, principalmente no Brasil.

EPIDEMIOLOGIA ATUALMENTE NO BRASIL E EPIDEMIAS E ENDEMIAS ATUAIS

No Brasil, a epidemiologia tem desempenhado um papel crucial no monitoramento e resposta a doenças infecciosas, crônicas e não transmissíveis, bem como na avaliação de políticas de saúde pública. O Ministério da Saúde, através de seus boletins epidemiológicos, fornece dados atualizados sobre doenças específicas e análises da situação epidemiológica nacional.

Atualmente, o Brasil enfrenta desafios significativos relacionados a epidemias e endemias, que são doenças transmissíveis com presença constante ou surtos periódicos na população. São epidemias atuais:

- **Covid-19:** a pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) continua sendo um desafio global, com impactos significativos no Brasil;
- **Dengue:** transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, a dengue apresenta picos epidêmicos, especialmente em áreas urbanas;
- **Endemias Atuais:**
- **Doença de Chagas:** causada pelo parasita *Trypanosoma cruzi*, transmitido pelo inseto barbeiro;
- **Leishmaniose:** doença parasitária transmitida por mosquitos do gênero *Lutzomyia*.

DOENÇAS COMUNICÁVEIS

As doenças transmissíveis e parasitárias possuem a condição de estar dentro de uma cadeia epidemiológica de transmissão de microrganismos, composta por alguns agentes. São eles: hospedeiro suscetível, agente infeccioso, fonte, porta de saída, forma de transmissão e porta de entrada.

Os agentes infecciosos podem ser de diversos tipos. Como exemplo, citamos as bactérias, fungos, vírus e parasitas.

Vamos agora às fontes desses microrganismos, que são locais onde o agente infeccioso encontra condições para viver, se multiplicar e crescer. Os principais tipos dessas fontes são humanos, animais ou ambientais.

As **fontes humanas**, também chamadas de reservatórios humanos, são pessoas que não necessariamente precisam estar doentes para serem considerados reservatórios, visto que o agente infeccioso pode ainda estar no período de incubação e não ter causado sintomas da doença. Ou o indivíduo será apenas colonizado e o organismo não causará danos a esta pessoa.

As **fontes** de reservatório **animais** podem acontecer quando os animais estão colonizados pelos microrganismos. Algumas doenças cuja forma de transmissão é de animal para animal e que têm um ser humano como hospedeiro acidental são chamadas de **zoonoses**. As **fontes** de contaminação ou transmissão **ambiental**, chamadas reservatórios ambientais, podem ser superfícies de móveis, equipamentos, plantas, solo ou ar.

Além disso, compõem a cadeia de transmissão as **portas de saída**, que são as vias pelas quais os microrganismos saem do ser humano, atingindo uma fonte ambiental ou um hospedeiro suscetível. Alguns exemplos de portas de saída que nós podemos citar são: o sangue, as mucosas e o trato respiratório.

Já a **porta de entrada** é a forma pela qual o agente infeccioso entra em contato com o hospedeiro suscetível. Também são exemplos os tratos respiratório, urinário, gastrointestinal e a pele — quando não estiver em estado íntegro, assim como as mucosas.

O **hospedeiro suscetível** pode ser definido como a pessoa que tem suscetibilidade para se contaminar com um patógeno ou agente infeccioso. Nem todas as pessoas que entram em contato com microrganismos ficam doentes, visto que para que o indivíduo venha a adoecer após contato com o microrganismo, é necessário que haja condições favoráveis para a sua replicação.

A **transmissão** das doenças infecciosas pode ser feita de modo **direto** ou **indireto**. Quando ocorre de modo **direto**, significa que o contágio **não foi mediado por algum objeto ou microrganismo**. Pode ocorrer pelas vias respiratórias, em contato com gotículas/aerossóis (maiores que 5 µm) de saliva contaminadas eliminadas na tosse, espirro ou fala, que se dispersam até uma certa distância do ar até o chão; são partículas que não podem ser vistas a olho nu e penetram olhos, nariz ou boca do indivíduo suscetível. Pode ocorrer também por contato sexual ou beijo, através de fluidos corporais ou sangue diretos do indivíduo contaminado em contato com pele ou mucosa não íntegras.

A transmissão de doenças infecciosas de forma **indireta** é dada quando o reservatório é um objeto ou **qualquer outro veículo intermediário à origem da contaminação e seu portador final**. Podem ser eles comidas, vetores animais, materiais de diversos tipos, tudo que servir como meio de transporte para o agente infeccioso. Quando se trata de vetores, a transmissão pode ocorrer desde o reservatório até o hospedeiro intermediário, podendo transportar os agentes infecciosos através de meios mecânicos ou de ciclos de vida. Por exemplo, os mosquitos *Aedes aegypti*, que têm capacidade de transmitir os vírus da: dengue, zika, chikungunya e febre amarela.

As doenças parasitárias são influenciadas por diversos processos, incluindo a carga parasitária, localização e capacidade do parasita de causar doença.

A transmissão dessas doenças pode acontecer de forma **direta** via fecal, oral, gotículas respiratórias ou relação sexual, em que a transmissão é feita diretamente entre os agentes infecciosos para o corpo do hospedeiro.

E pode acontecer de forma **indireta**, necessitando do hospedeiro intermediário. No caso das doenças parasitárias, essa via de transmissão se dá através da ingestão de carnes contaminadas ou picadas por um vetor contaminado.

O meio ambiente também pode ser um fator de transmissão de doenças parasitárias. Por exemplo, através do consumo de água, solo, alimentos e ar contaminados. O parasita pode adentrar o corpo do hospedeiro por meio de **penetração passiva**, instalando-se no corpo do hospedeiro através de picadas ou da ingestão de alimentos, inoculando o parasita dentro do corpo.

Já na **penetração ativa**, as larvas penetram ativamente o hospedeiro, através das mucosas ou da pele. As principais formas de penetração dos parasitas, de modo geral, são a boca, vagina e uretra, pele mucosa e nariz. Do mesmo modo que os agentes parasitários adentram o organismo, eles também saem e são eliminados as principais vias de eliminação desses agentes (ânus, boca, nariz, pele, mucosas, vagina e uretra).

Vejam o seguinte os principais cuidados de enfermagem frente às principais doenças infecciosas e parasitárias:

A **amebíase** é causada pela ameba *Entamoeba histolytica* e a maioria das pessoas não apresentam sintomas. Quando sintomáticas, o indivíduo pode apresentar dor abdominal, febre, diarreia, entre outros sintomas. Em geral, a principal forma de transmissão é a via fecal-oral. E o diagnóstico é feito através de um exame parasitológico de fezes.

Uma outra parasitose muito comum é a **ascaridíase**, causada pelo parasita *Ascaris lumbricoides*, também conhecido como lombriga. Os indivíduos que apresentam sintomas geralmente têm vômitos, náuseas, diarreia, dores abdominais. Assim como outras parasitoses, a transmissão ocorre pela via oral e o diagnóstico é feito via exame parasitológico de fezes.

A **doença de Chagas**, também conhecida como mal de Chagas, é transmitida através do protozoário *Trypanosoma cruzi*. Na fase aguda, pode gerar fraqueza, febre, dor de cabeça, entre outros sintomas. Transmitida através do inseto barbeiro, pode gerar hepatomegalia e cardiomegalia em sua fase crônica.

A **escabiose**, também conhecida como sarna humana, é causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*. O principal sintoma é a coceira. A transmissão, em geral, é feita pelo contato próximo ou prolongado entre indivíduos, ou através de relações sexuais e objetos compartilhados, como roupas e toalhas. O diagnóstico, em geral, é clínico, através da identificação das lesões causadas pela doença.

Muito comum em crianças, a **periculosa**, mais conhecida como piolho de cabeça, é causada pelo parasita *Pediculus humanus capitis*. A transmissão geralmente ocorre pelo contato entre as cabeças quando encosta uma na outra e os sintomas geralmente são coceira e feridas no couro cabeludo.

A **malária**, causada por um protozoário do gênero *Plasmodium*, tem altos índices de contaminação no Brasil. Os sintomas incluem febre alta, sudorese e calafrios, com alto risco de mortalidade. Tem cura quando tratada de modo adequado. A principal forma de transmissão é através da picada do mosquito fêmea *Anopheles* e o diagnóstico é feito através de testes rápidos e parasitológicos.

Uma outra parasitose é a **giardíase**, causada pelo parasito *Giardia lamblia*. A maioria dos indivíduos são assintomáticos, mas quando apresentam sintomas

podem declarar mal-estar, cólica abdominal e diarreia. A transmissão é feita por via fecal-oral e o diagnóstico também é através do exame parasitológico de fezes.

A principal frente de atuação em saúde quanto às doenças infecciosas e parasitárias, principalmente no que diz respeito ao cuidado de enfermagem, está focada na atenção básica, no sentido de prevenir estas infecções. A educação em saúde é uma das formas mais importantes de se orientar indivíduo e família no que tange à prevenção de contaminação. Como exemplo, citamos: lavar e cozinhar bem os alimentos, beber somente água filtrada, manutenção de higiene pessoal e doméstica, bem como orientar as crianças a manterem esses cuidados em comunidade e na escola.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

DIAS, E. G. *et al.* Promoção de Saúde na Perspectiva da Prevenção de Doenças Parasitárias entre Escolares do Ensino Fundamental. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 8, n. 3, jul. 2018.

NÍVEIS DE PREVENÇÃO E MEDIDAS PROFILÁTICAS

Existem no Brasil, dois fatores importantes no perfil de doenças da população. O primeiro é a transição demográfica com uma diminuição da taxa de fecundidade, natalidade, e aumento da expectativa de vida. O segundo é a transição epidemiológica com a mudança na morbimortalidade, já que ainda há diversidades quanto à busca no serviço de saúde em algumas regiões, a ocorrência ainda alta de doenças infecciosas e o crescimento da morbidade de mortalidade.

Antes, as doenças infecciosas eram cerca de 46% das mortes nas capitais brasileiras. Com a transição epidemiológica, essa taxa baixou para aproximadamente 5%. As doenças cardiovasculares vêm crescendo e sendo a principal causa de morte nas regiões brasileiras, vindo em seguida os cânceres, acidentes e violência.

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (GVEDT)

Por meio da Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis (GVEDT), é feito o planejamento, coordenação, avaliação e vigilância das doenças transmissíveis, desenvolvendo, também, ações de promoção, prevenção e monitoramento dos fatores de risco e controle.

A Gerência realiza a mobilização social, além da capacitação dos profissionais em saúde para execução dos programas desenvolvidos.

São doenças transmissíveis sobre responsabilidade da GVEDT as listadas a seguir.

- Febre amarela;
- Febre do Nilo Ocidental;
- Febre maculosa;
- Febre tifóide;
- Hanseníase;

- Hantavirose;
- Hepatites virais;
- Influenza humana por novo subtipo (pandêmico);
- Leishmaniose tegumentar americana;
- Leishmaniose visceral;
- Botulismo;
- Carbúnculo ou “antraz”;
- Cólera;
- Coqueluche;
- Dengue;
- Difteria;
- Doença de Creutzfeldt-Jakob;
- Doenças de Chagas (casos agudos);
- Doenças meningocócicas e outras meningites;
- Esquistossomose (em área não endêmica);
- Leptospirose;
- Malária;
- Meningite por *Haemophilus influenzae*;
- Peste;
- Poliomielite;
- Paralisia flácida aguda;
- Raiva humana;
- Rubéola;
- Rotavírus;
- Síndrome da rubéola congênita;
- Tétano neonatal e tétano acidental;
- Tularemia;
- Tuberculose;
- Varíola e varicela;
- Sarampo;
- Síndrome febril ictero-hemorrágica aguda;
- Síndrome respiratória aguda grave.

Há, também, alguns programas de controle de doenças, vamos conhecer os principais a seguir:

- **Programa de Controle da Tuberculose**: Tem o objetivo de diagnosticar precocemente, tratar e curar, visando à eliminação das fontes de infecção.;
- **Programa de Controle da Dengue**: Tem o objetivo de reduzir a infestação pelo agente transmissor *Aedes Aegypti*, diminuindo assim a incidência de dengue. Com esse controle é possível reduzir quadros de óbito por dengue;
- **Programa de Controle da Doença de Chagas**: Promove ações de combate ao vetor (através da borrifação de inseticidas intra e peridomicílio e da melhoria habitacional) e reduz a incidência de novos casos da doença de chagas;
- **Programa de Combate à Raiva**: Promoção da vacinação de cães e gatos para a redução da raiva animal e humana, além da profilaxia da raiva humana, evitando novos casos;
- **Programa de Combate e Controle das Leishmanioses**: O objetivo é o controle e também o combate ao vetor e/ou hospedeiro, reduzir a incidência da leishmaniose tegumentar e visceral, reduzindo os óbitos da leishmaniose visceral humana;
- **Coordenação Estadual de Controle das Hepatites Virais**: Responsável pela Programação Anual de Metas (PAM), dando suporte aos municípios para desenvolver ações.

INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

A investigação epidemiológica é um pilar fundamental da saúde pública, responsável por identificar as causas, a distribuição, a frequência e os fatores

controladores das doenças em populações humanas. Esse processo é crucial para o desenvolvimento de estratégias eficazes de prevenção e controle de doenças.

Vejam as etapas da investigação epidemiológica:

- **Deteção e notificação:** identificação de casos suspeitos ou confirmados de doenças;
- **Coleta de dados:** reunião de informações detalhadas sobre os casos;
- **Análise:** avaliação dos dados para identificar padrões e tendências;
- **Interpretação:** determinação das possíveis causas e fatores de risco;
- **Ação:** implementação de medidas de controle e prevenção.

CLÍNICA MÉDICA E CONDUTA MÉDICO-PERICIAL

NOÇÕES GERAIS DAS ÁREAS MÉDICAS: CLÍNICA MÉDICA, CIRURGIA, GINECO-OBSTETRÍCIA, PSIQUIATRIA, ORTOPEDIA E CARDIOLOGIA

A **clínica médica**, também conhecida como medicina interna, é a especialidade que trata de pacientes adultos, enfocando na prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças não cirúrgicas. Um clínico geral é frequentemente o primeiro ponto de contato para o paciente e pode tratar condições como hipertensão, diabetes e infecções.

A **cirurgia** é a prática de tratar doenças, lesões e deformidades por meio de operações manuais ou instrumentais. Os cirurgiões utilizam procedimentos invasivos, como laparotomias ou artroscopias, para tratar condições que vão desde apendicite até tumores.

Já a **gineco-obstetrícia** é uma especialidade médica dedicada à saúde reprodutiva das mulheres e ao acompanhamento da gravidez e do parto. A ginecologia lida com o sistema reprodutivo feminino, enquanto a obstetrícia foca no cuidado da gestante e do feto durante a gravidez e o parto.

A **psiquiatria**, por sua vez, é a especialidade médica que se ocupa do estudo, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das diferentes formas de sofrimentos mentais, sejam elas de cunho orgânico ou funcional, como depressão e esquizofrenia.

Ainda, a **ortopedia** é a especialidade médica que cuida das doenças e deformidades dos ossos, músculos, ligamentos e articulações, conhecidos como elementos do aparelho locomotor. Trata condições como fraturas, luxações e doenças degenerativas, como a osteoartrite.

Ademais, a **cardiologia** é a especialidade médica que se dedica ao diagnóstico e tratamento das doenças que acometem o coração e o sistema circulatório. Cardiologistas tratam condições como infarto do miocárdio, arritmias e hipertensão arterial.

CONDUTA PERICIAL

Os exames periciais realizados pelos peritos devem ser feitos observando-se rígidas normas técnicas, científicas e jurídicas, uma vez que se trata de uma atividade oficial e que busca servir aos interesses da justiça.

Dentro desse contexto, a Resolução CFM nº 1.497, de 8 de julho de 1998, determina, nos termos do seu art. 1º, que o médico **nomeado perito** deve **executar e cumprir** o encargo no **prazo** que lhe for determinado, mantendo **observância** às suas responsabilidades ética, administrativa, penal e civil. Para o exercício de tal encargo, fará jus aos **honorários** decorrentes do serviço prestado (parágrafo único, art. 1º).

De acordo com o art. 2º, da Resolução CFM nº 1.497, de 1998, no entanto, o perito médico pode **escusar-se** do encargo caso haja motivo **legítimo**.

Por fim, o art. 3º indica que o **descumprimento** da resolução configura **infração ética**, estando o infrator sujeito à ação disciplinar a ser apurada pelos conselhos regionais de medicina.

O Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM nº 2.217, de 2018, e alterado pelas Resoluções CFM nº 2.222, de 2018, e nº 2.226, de 2019, indica, entre outras normas, algumas condutas **vedadas** ao médico perito em seus arts. 92 a 98:

Capítulo XI

Auditoria e Perícia Médica

É vedado ao médico:

Art. 92 Assinar laudos periciais, auditoriais ou de verificação médico-legal caso não tenha realizado pessoalmente o exame.

O perito somente pode assinar os documentos relativos aos exames dos quais participou, sob pena de infração ética e da prática, em tese, do crime de falsa perícia, previsto no art. 342, do Código Penal.

Art. 93 Ser perito ou auditor do próprio paciente, de pessoa de sua família ou de qualquer outra com a qual tenha relações capazes de influir em seu trabalho ou de empresa em que atue ou tenha atuado.

O fato de o periciado ser paciente do médico impossibilita a realização da perícia, que pode ser, por tal motivo, viciada.

Art. 94 Intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico, ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado, reservando suas observações para o relatório.

O perito tem autonomia para realizar os exames, não devendo sofrer interferência de quem quer que seja.

Art. 95 Realizar exames médico-periciais de corpo de delito em seres humanos no interior de prédios ou de dependências de delegacias de polícia, unidades militares, casas de detenção e presídios.

O art. 95 traz, entre as disposições que constam no código de ética, a mais importante e mais cobrada em concursos. Tendo em vista ser a perícia um ato médico por excelência, esta deve ser realizada em ambiente seguro e digno, em local que permita ao médico-legista agir de forma isenta, imparcial e autônoma, sem qualquer tipo de interferência externa de quaisquer autoridades.

Art. 96 Receber remuneração ou gratificação por valores **vinculados** à glosa ou ao sucesso da causa, quando na função de perito ou de auditor.

Conforme determina o art. 98, o perito faz jus à devida remuneração pelos serviços prestados. Porém, é vedado receber quaisquer outros valores, sobretudo com a finalidade de beneficiar uma das partes, configurando, além de infração ética, delitos tais como o de corrupção passiva, previsto no art. 317, do Código Penal.

Art. 97 Autorizar, vetar, bem como modificar, quando na função de auditor ou de perito, **procedimentos propedêuticos ou terapêuticos instituídos, salvo, no último caso, em situações de urgência, emergência ou iminente perigo de morte do paciente, comunicando, por escrito, o fato ao médico assistente.**

Durante a realização dos exames periciais, o perito deve observar, obrigatoriamente, o que consta nos manuais específicos e nos diversos protocolos nacionais e internacionais de procedimentos. Há exceção em caso de urgência, emergência ou iminente perigo de morte.

Art. 98 Deixar de atuar com absoluta isenção quando designado para servir como perito ou como auditor; bem como **ultrapassar os limites** de suas atribuições e de sua competência.

Parágrafo único. O médico tem **direito a justa remuneração** pela realização do exame pericial.

O perito não pode atuar de modo a comprometer a qualidade técnica e os preceitos éticos que direcionam seu trabalho, devendo desenvolver sua atividade de forma livre e autônoma, sem sofrer interferência nem interferir no trabalho de outros profissionais. De acordo com o art. 98, o perito não pode ultrapassar os limites de suas atribuições e competências.

LEGISLAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CONTEÚDO, FONTES E AUTONOMIA

LEI Nº 8.742, DE 1993, E ALTERAÇÕES POSTERIORES

Definição

Inicialmente, é importante pontuar que estudar a LOAS é de fundamental importância para a compreensão dos princípios sociais garantidos na Constituição Federal (CF, de 1988). A assistência social é conceituada logo no art. 1º da Lei nº 8.742, de 1993. Vejamos:

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Dica

Somente terão direito às medidas assistencialistas as pessoas não cobertas por um regime previdenciário ou pela família.

OBJETIVOS

Segundo o art. 203, da CF, de 1988, a assistência social tem por objetivos:

- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice
- b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
- c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

PRINCÍPIOS

Segundo art. 4º, da LOAS, a assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

- Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

Aqui, importa destacar que os princípios da assistência social objetivam suprir as necessidades fundamentais das pessoas em situação de fragilidade social, buscando compor ou manter sua dignidade. Lembre-se de que **os benefícios assistenciais independem de contribuição.**

DIRETRIZES

A organização da assistência social tem, como base, as seguintes diretrizes, segundo a previsão contida no art. 5º:

- I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;
- II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.

Diante do exposto, percebe-se que a concretização dos direitos fundamentais é tarefa comum entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

I ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

Conforme a Reforma Ministerial de 2019, competirá ao Ministério da Cidadania a administração da PNAS (Política Nacional de Assistência Social), bem como ao CNAS (Conselho Nacional de Assistência Social) – órgão superior de deliberação colegiada vinculado à estrutura do referido órgão da Administração Pública federal que é composto por 18 (dezoito) membros, sendo 9 (nove) representantes do Poder Público e outros nove da sociedade civil – a aprovação da PNAS.

O CNAS possui 14 (quatorze) competências, as quais estão previstas no art. 18, da Lei nº 8.742, de 1993. Vejamos:

I - aprovar a Política Nacional de Assistência Social;
II - normatizar as ações e regular a prestação de serviços de natureza pública e privada no campo da assistência social;

II - acompanhar e fiscalizar o processo de certificação das entidades e organizações de assistência social no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome;

IV - apreciar relatório anual que conterà a relação de entidades e organizações de assistência social certificadas como beneficentes e encaminhá-lo para conhecimento dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, Municípios e do Distrito Federal;

V - zelar pela efetivação do sistema descentralizado e participativo de assistência social

VI - a partir da realização da II Conferência Nacional de Assistência Social em 1997, convocar ordinariamente a cada quatro anos a Conferência Nacional de Assistência Social, que terá a atribuição de avaliar a situação da assistência social e propor diretrizes para o aperfeiçoamento do sistema;

VIII - apreciar e aprovar a proposta orçamentária da Assistência Social a ser encaminhada pelo órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social;

IX - aprovar critérios de transferência de recursos para os Estados, Municípios e Distrito Federal, considerando, para tanto, indicadores que informem sua regionalização mais equitativa, tais como: população, renda per capita, mortalidade infantil e concentração de renda, além de disciplinar os procedimentos de repasse de recursos para as entidades e organizações de assistência social, sem prejuízo das disposições da Lei de Diretrizes Orçamentárias;

X - acompanhar e avaliar a gestão dos recursos, bem como os ganhos sociais e o desempenho dos programas e projetos aprovados;

XI - estabelecer diretrizes, apreciar e aprovar os programas anuais e plurianuais do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS);

XII - indicar o representante do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) junto ao Conselho Nacional da Seguridade Social;

XIII - elaborar e aprovar seu regimento interno;

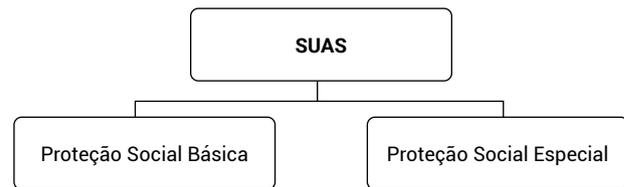
XIV - divulgar, no Diário Oficial da União, todas as suas decisões, bem como as contas do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) e os respectivos pareceres emitidos.

O nascimento do SUAS – Sistema Único de Assistência Social –, em 15/07/2005, com a edição da Resolução 130, foi um grande passo para a melhoria da assistência social no Brasil. Além disso, com o advento

da Lei nº 12.435, de 2011, que alterou muitos artigos da LOAS, o SUAS (não se esqueça dessa sigla e não a confunda com a sigla SUS) passou a ter previsão na Lei 8.742, de 1993, objetivando duas espécies de proteção, quais sejam:

I - Proteção social básica: conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa a prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários;

II - Proteção social especial: conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direito, o fortalecimento das potencialidades e aquisições e a proteção de famílias e indivíduos para o enfrentamento das situações de violação de direitos.



O art. 16 estabelece que as instâncias deliberativas do SUAS têm caráter permanente e composição igualitária entre governo e sociedade civil. São elas:

- Conselhos Municipais de Assistência Social;
- Conselhos Estaduais de Assistência Social;
- Conselho Nacional de Assistência Social;
- Conselho de Assistência Social do Distrito Federal

O art. 17, por sua vez, trata do CNAS nos seguintes termos:

Art. 17 Fica instituído o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), órgão superior de deliberação colegiada, vinculado à estrutura do órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, cujos **membros, nomeados pelo Presidente da República, têm mandato de 2 (dois) anos, permitida uma única recondução por igual período.**

§ 1º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é composto por 18 (dezoito) membros e respectivos suplentes, cujos nomes são indicados ao órgão da Administração Pública Federal responsável pela coordenação da Política Nacional de Assistência Social, de acordo com os critérios seguintes:

I - 9 (nove) representantes governamentais, incluindo 1 (um) representante dos Estados e 1 (um) dos Municípios;

II - 9 (nove) representantes da sociedade civil, dentre representantes dos usuários ou de organizações de usuários, das entidades e organizações de assistência social e dos trabalhadores do setor, escolhidos em foro próprio sob fiscalização do Ministério Público Federal.

§ 2º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) é presidido por um de seus integrantes, eleito dentre seus membros, para mandato de 1 (um) ano, permitida uma única recondução por igual período.

§ 3º O Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) contará com uma Secretaria Executiva, a qual terá sua estrutura disciplinada em ato do Poder Executivo.

§ 4º Os Conselhos de que tratam os incisos II, III e IV do art. 16, com competência para acompanhar a execução da política de assistência social, apreciar e aprovar a proposta orçamentária, em consonância com as diretrizes das conferências nacionais, estaduais, distrital e municipais, de acordo com seu âmbito de atuação, deverão ser instituídos, respectivamente, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante lei específica.

Importante!

Não se esqueça de que só é permitida uma única recondução por dois anos, igualmente ao tempo de mandato.

O art. 6º-C estabelece os tipos de proteção e quais centros são responsáveis pelo atendimento. Vejamos:

Art. 6º-C As proteções sociais, básica e especial, serão ofertadas precipuamente no Centro de Referência de Assistência Social (Cras) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), respectivamente, e pelas entidades sem fins lucrativos de assistência social de que trata o art. 3º desta Lei.

§ 1º O Cras é a unidade pública municipal, de base territorial, localizada em **áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social**, destinada à articulação dos serviços socioassistenciais no seu território de abrangência e à prestação de serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica às famílias.

§ 2º O Creas é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, **destinada à prestação de serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal ou social**, por violação de direitos ou contingência, que demandam intervenções especializadas da proteção social especial.

§ 3º Os Cras e os Creas são unidades públicas estatais instituídas no âmbito do Suas, que possuem interface com as demais políticas públicas e articulam, coordenam e ofertam os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social.

Por fim, o art. 39 estabelece que o CNAS, por decisão da maioria absoluta de seus membros, respeitados o orçamento da seguridade social e a disponibilidade do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS), poderá propor ao Poder Executivo a alteração dos limites de renda mensal *per capita* definidos no § 3º, do art. 20, e *caput*, do art. 22.

BENEFÍCIOS, SERVIÇOS, PROGRAMAS E PROJETOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

Benefícios Eventuais

Os benefícios eventuais, segundo a previsão do art. 22, da LOAS, são as provisões suplementares e provisorias as quais integram organicamente as garantias do SUAS e são prestadas aos cidadãos e às famílias em virtude de nascimento, morte, situações de vulnerabilidade temporária e de calamidade pública. A

concessão e o valor dos benefícios eventuais serão definidos pelos Estados, Distrito Federal e Municípios, sendo previstos nas respectivas leis orçamentárias anuais, com base em critérios e prazos definidos pelos respectivos CAS.

Ademais, o § 2º estabelece que o CNAS, ouvidas as respectivas representações de Estados e Municípios dele participantes, poderá propor, na medida das disponibilidades orçamentárias das três esferas de governo, a instituição de benefícios subsidiários no valor de até 25% do salário mínimo para cada criança de até 6 anos de idade.

Os benefícios eventuais subsidiários não poderão ser cumulados com aqueles instituídos pelas Leis nº 10.954, de 29 de setembro de 2004 (Auxílio Emergencial Financeiro para atendimento à população atingida por desastres) e nº 10.458, de 14 de maio de 2002 (Bolsa-Renda para atendimento a agricultores familiares atingidos pelos efeitos da estiagem nos Municípios em estado de calamidade pública ou situação de emergência).

Entre os benefícios assistenciais de maior relevância hoje, no Brasil, decerto que é o Programa Bolsa Família, instituído pela Lei 10.836, de 2004.

Serviços

Os serviços estão descritos no art. 23, da LOAS, e são definidos como atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população cujas ações voltadas para as necessidades básicas devem observar os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidos na LOAS. Na organização dos serviços da assistência social, serão criados programas de amparo às crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social, às pessoas que vivem em situação de rua, entre outros.

Programas de Assistência Social

A Seção IV, da LOAS, no art. 24, explicita que os programas de assistência social compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência acentuados, para qualificar, incentivar e aprimorar os benefícios e os serviços assistenciais e serão definidos pelos respectivos CAS, satisfeitos os objetivos e princípios com prioridade para a inserção profissional e social.

Os programas voltados para o idoso e a integração da pessoa com deficiência serão devidamente combinados com o benefício de prestação continuada.

O art. 24-A estabelece que o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), que integra a proteção social básica e consiste na oferta de ações e serviços socioassistenciais de prestação continuada, nos CRAS, tem, como objetivo, a prevenção do rompimento dos vínculos familiares e a violência no âmbito de suas relações, garantindo o direito à convivência familiar e comunitária.

Já o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI) integra a proteção social especial e consiste no apoio, orientação e acompanhamento a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, articulando os serviços socioassistenciais com as diversas políticas públicas e com órgãos do sistema de garantia de direitos (art. 24-B).

Por fim, tem-se o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), de caráter intersetorial, integrante da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que, no âmbito do SUAS, compreende transferências de renda, trabalho social com famílias e oferta de serviços socioeducativos para crianças e adolescentes que se encontrem em situação de trabalho.

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil tem abrangência nacional e será desenvolvido de forma articulada pelos entes federados com a participação da sociedade civil, tendo como objetivo contribuir para a retirada de crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos em situação de trabalho, ressalvada a condição de aprendiz, a partir de 14 anos.

As crianças e os adolescentes em situação de trabalho deverão ser identificados e ter os seus dados inseridos no CadÚnico para Programas Sociais do Governo Federal, com a devida identificação das situações de trabalho infantil.

Projetos de Enfrentamento da Pobreza

Os projetos de enfrentamento da pobreza estão previstos nos arts. 24 e 25, da LOAS, e compreendem a instituição de investimento econômico-social nos grupos populares, buscando subsidiar, financeira e tecnicamente, iniciativas que lhes garantam meios, capacidade produtiva e de gestão, para a melhoria das condições gerais de subsistência, elevação do padrão da qualidade de vida, a preservação do meio ambiente e sua organização social. O incentivo a projetos de enfrentamento da pobreza assentará-se em mecanismos de articulação e de participação de diferentes áreas governamentais e em sistema de cooperação entre organismos governamentais, não governamentais e da sociedade civil.

FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

O financiamento dos benefícios, serviços, programas e projetos estabelecidos na LOAS será feito com os recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios e das demais contribuições sociais previstas no art. 195, da Constituição Federal, além daqueles que compõem o Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS).

Aqui, vale lembrar o texto do art. 195, da CF, o qual deve ser memorizado. Vejamos:

Art. 195 *A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:*

I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre:

a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício;

b) a receita ou o faturamento;

c) o lucro;

II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar.

O financiamento da assistência social, no SUAS, **deve** ser efetuado mediante cofinanciamento dos três entes federados, devendo os recursos reservados nos fundos de assistência social ser voltados à operacionalização, prestação, aprimoramento e viabilização dos serviços, programas, projetos e benefícios desta política.

Importante!

Os recursos de responsabilidade da União destinados ao financiamento dos BPC poderão ser repassados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social diretamente ao INSS, órgão responsável pela sua execução e manutenção.

A regra para repasse dos recursos está prevista no art. 30, conforme disposto a seguir:

Art. 30 *É condição para os repasses, aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal, dos recursos de que trata esta lei, a efetiva instituição e funcionamento de:*

I - Conselho de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil;

II - Fundo de Assistência Social, com orientação e controle dos respectivos Conselhos de Assistência Social;

III - Plano de Assistência Social.

É imprescindível para a transferência de recursos do FNAS aos Estados, ao DF e aos Municípios a comprovação orçamentária dos recursos próprios destinados à Assistência Social, alocados em seus respectivos Fundos de Assistência Social a partir do exercício de 1999.

As transferências automáticas de recursos entre os fundos de assistência social efetuadas à conta do orçamento da seguridade social, caracterizam-se como despesa pública com a seguridade social, na forma do art. 24, da Lei Complementar n° 101, de 4 de maio de 2000.

Ao ente federado responsável pela utilização dos recursos do respectivo Fundo de Assistência Social, caberá o controle e o acompanhamento dos serviços, programas, projetos e benefícios, por meio dos respectivos órgãos de controle, independentemente de ações do órgão repassador dos recursos. Ademais, a utilização dos recursos federais descentralizados para os fundos de assistência social dos Estados, dos Municípios e do DF **será declarada** pelos entes recebedores ao ente transferidor, anualmente, mediante relatório de gestão submetido à apreciação do respectivo Conselho de Assistência Social, comprovando a execução das ações na forma de regulamento.

Para fins de análise e acompanhamento de sua boa e regular utilização, os entes transferidores poderão requisitar informações referentes à aplicação dos recursos oriundos do seu fundo de assistência social.

DECRETO Nº 6.214, DE 2007, E ALTERAÇÕES POSTERIORES

Prezado(a) estudante,

Com o intuito de oferecer o material o mais completo e atualizado possível, informamos que o Decreto nº 1.744, de 1995, encontra-se revogado pelo Decreto nº 6.214, de 2007. Veja a seguir as disposições aplicáveis à legislação vigente.

Cordialmente,
Nova Concursos

O Decreto nº 6.214, de 2007, regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso. O seu conteúdo é relativamente extenso, por isso vale a pena ler a lei de forma integral e fazer as suas anotações e apontamentos com bastante atenção.

Observe que o seu material possui o texto do Decreto integral, com os comentários estratégicos para estudo. Ou seja, não é necessário buscar a lei seca em outro local. Dentre os comentários, podem existir referências a outras leis vigentes que buscam auxiliar o aluno no conteúdo estudado. É muito importante o estudo conjunto com a Lei nº 8.742, de 1993 (Organização da Assistência Social), especialmente os arts. 20 ao art. 21-A, considerando que este decreto regulamenta as disposições da referida lei.

Os artigos que não contêm comentários necessitam apenas da leitura atenta do texto normativo. Além disso, o material encontra-se organizado na ordem como é estruturada a lei.

DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA E DO BENEFICIÁRIO

O capítulo I desta lei trata dos conceitos introdutórios sobre o benefício de prestação continuada (BPC/LOAS). Saiba que há duas espécies de LOAS: um para o idoso e outro para a pessoa com deficiência.

Importante!

Valor e beneficiários:

Sempre 1 salário mínimo (R\$ 1.212,00 – 2022).
LOAS idoso (art. 8º): pessoa com 65 anos ou mais;
LOAS deficiente (art. 9º): aquele que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Art. 1º O Benefício de Prestação Continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, é a garantia de **um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.**

§ 1º O Benefício de Prestação Continuada integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS. (Redação dada pelo Decreto nº 8.805, de 2016) (Vigência)

§ 2º O Benefício de Prestação Continuada é constitutivo da PNAS e integrado às demais políticas setoriais, e visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais, nos moldes definidos no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 8.742, de 1993.

§ 3º A plena atenção à pessoa com deficiência e ao idoso beneficiário do Benefício de Prestação Continuada exige que os gestores da assistência social mantenham ação integrada às demais ações das políticas setoriais nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal, principalmente no campo da saúde, segurança alimentar, habitação e educação.

Art. 2º Compete ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário a implementação, a coordenação-geral, a regulação, o financiamento, o monitoramento e a avaliação da prestação do benefício, sem prejuízo das iniciativas compartilhadas com Estados, Distrito Federal e Municípios, em consonância com as diretrizes do SUAS e da descentralização político-administrativa, previsto no inciso I do **caput** do art. 204 da Constituição e no inciso I do **caput** do art. 5º da Lei nº 8.742, de 1993. (Redação dada pelo Decreto nº 8.805, de 2016) (Vigência)

A **seguridade social** é formada pela **Previdência Social, Saúde e Assistência Social**. O BPC/LOAS não é um benefício da Previdência Social, mas sim da Assistência Social. Sendo o INSS apenas responsável pela operacionalização do benefício, em razão da sua rede de atendimento e agência:

Art. 3º O Instituto Nacional do Seguro Social - INSS é o responsável pela operacionalização do Benefício de Prestação Continuada, nos termos deste Regulamento.

Dica: o art. 4º é muito cobrado em provas, pois possui os conceitos usados na Lei. Então, bastante leitura!

Art. 4º Para os fins do reconhecimento do direito ao benefício, considera-se:

Não confunda idoso para fins de Estatuto da Pessoa Idosa (60 anos ou mais — art. 1º da Lei nº 10.741, de 2003), com o idoso para fins de concessão de BPC/LOAS: 65 anos ou mais:

I - idoso: aquele com idade de sessenta e cinco anos ou mais;

A deficiência não é somente de ordem mental. Envolve impedimento de longo prazo (+ de 2 anos — vide o § 3º, do art. 4º) de ordem física, mental, intelectual ou sensorial.

II - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas; (Redação dada pelo Decreto nº 7.617, de 2011)

III - incapacidade: fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em