

NOVEMBRO 2020 | ED. N°06 VOL. 06  
GOIÂNIA-GO

# REFAN

Revista Eletrônica da Faculdade Noroeste



**SISTEMA DE ENSINO  
PROGRESSIVO**

**FOCO NA PRÁTICA  
PROFISSIONAL**

O Ensino Progressivo proporciona o desenvolvimento das habilidades e competências necessárias para a prática profissional

**CENTRO DE ENSINO NOROESTE LTDA-ME**

Faculdade Noroeste

Diretora Pedagógica: Profa. Dra Cleyde Ferreira Barreto Valotto

Diretor Geral: Prof. Adriano Franco Valotto



Avenida Mangalô, 2385 Morada do Sol, 74085-10 Goiânia-GO.

## **APRESENTAÇÃO**

A Revista Eletrônica da Faculdade Noroeste (REFAN) tem como escopo a publicação de trabalhos inéditos e originais nas seguintes áreas: Pedagogia, Letras, Administração, Ciências Contábeis, Direito, Enfermagem, Biomedicina, Radiologia. Estética e Cosmética, Serviço Social, Farmácia e Educação Física.

Compreendem-se por trabalhos, os artigos decorrentes de pesquisas teóricas ou empíricas, de experiências pedagógicas e de elaboração de resenhas resultantes de pesquisas científicas e reflexões teóricas sobre práticas.

A Revista não aceita trabalhos encaminhados simultaneamente para outros periódicos ou para livros.

A REFAN tem como público-alvo estudantes, professores, pesquisadores e públicos interessados na área em geral.

Com fluxo aberto ao longo de todo ano, a revista segue uma publicação semestral e permanente, vinculada a Faculdade Noroeste. Seu lançamento se deu no ano de 2019. É publicada unicamente em versão online pelo endereço eletrônico: <https://fanduca.com.br/graduacao/revista-eletronica/>.

A publicação de um artigo implica na cessão integral dos direitos autorais a REFAN, para divulgação por meio eletrônico – internet.

## **PROCESSO DE AVALIAÇÃO PELOS PARES**

Os trabalhos deverão ser enviados ao Presidente da Comissão Editorial, via e-mail, ([artigos@faculdadesfanpadrao.com.br](mailto:artigos@faculdadesfanpadrao.com.br)), que os submeterá ao juízo do Conselho Editorial, para verificação de adequação à política editorial da revista e do cumprimento de exigências normativas. Os artigos serão encaminhados, sem identificação, a no mínimo dois avaliadores externos. No caso de discrepância avaliativa será enviado a um terceiro parecerista. O nome dos avaliadores será mantido em sigilo.

1. A REFAN publica artigos originais e inéditos, considerando a linha editorial da Revista, tratamento dado ao tema, consistência e rigor. Os artigos deverão lhe ser destinados com exclusividade.

2. O resumo e o abstract apresentados devem conter de 150 à 250 palavras, indicando objetivo do estudo, abordagem metodológica e resultados. Os resumos e abstracts que estiverem sem essas informações

serão considerados incompletos e o artigo será rejeitado.

3. As referências bibliográficas que estiverem discrepantes em relação às normas de publicação levarão a rejeição do artigo.

## **SUBMISSÕES**

As submissões devem ser realizadas exclusivamente por e-mail, ([artigos@faculdadesfanpadrao.com.br](mailto:artigos@faculdadesfanpadrao.com.br)).

## **NORMAS**

1. Serão considerados para publicação trabalhos que se enquadrem nas seguintes categorias: artigos de estudos teóricos, resultados de pesquisas, ensaios e resenhas.

2. Os trabalhos deverão ser enviados ao Editor Chefe, via e-mail, que os submeterá ao juízo do Conselho Editorial, para verificação de adequação à política editorial da revista e do cumprimento de exigências normativas.

4. A Revista, através do editor científico, notificará o autor principal se o artigo foi aprovado para publicação ou rejeitado. A notificação será acompanhada de cópia do conteúdo dos pareceres, sem a identificação dos avaliadores.

5. Os artigos que são resultados de pesquisas que envolvem seres humanos (entrevistas, experimentações, etc.) devem indicar o respeito aos procedimentos éticos estabelecidos para a pesquisa científica. Quando houver a permissão para a identificação do sujeito e ou uso de imagens, é preciso informar em nota. É preciso garantir o anonimato aos participantes da pesquisa e, se necessário, às instituições que assim o solicitarem.

Todas as pesquisas que envolvam seres humanos devem vir acompanhadas da aprovação do Comitê de Ética, e ser submetido como documento suplementar.

6. Caso haja, deve ser indicado em nota de rodapé, no início do texto a fonte de financiamento relacionado ao trabalho a ser publicado.

7. Os textos dos artigos deverão ter uma extensão entre 8 a 12 laudas, não contados o resumo e as referências.

8. O texto deverá apresentar, inicialmente, os resumos entre 150 a 250 palavras, para isso, ver a NBR 6028, de novembro de 2003 da ABNT. O resumo não deverá ser redigido na primeira pessoa e deverá

conter o foco temático, objetivo, método, resultados e conclusões do trabalho. Deverão ser indicadas três palavras-chave.

10. O número de autores recomendado por artigo é de, no máximo, sete;

11. Os textos devem ser escritos de forma clara e fluente. A utilização de notas finais deve ser para alguma informação de caráter explicativo, não excedendo a utilização de 200 palavras em cada nota. O autor deverá cuidar para não utilizar referências que possam identificá-lo no processo de avaliação, como “em meus trabalhos anteriores, em minha tese, em minha dissertação”, etc. Se o trabalho for aceito, essas informações poderão constar na versão final do artigo.

12. Para a avaliação dos manuscritos serão observados os seguintes critérios: 1) relevância e abrangência do tema; 2) caráter inovador, desenvolvimento e aprofundamento do tema; 3) estrutura teórica e metodológica do trabalho; 4) conclusão e contribuição para área.

13. As citações devem seguir a NBR 10520, de agosto de 2002, da ABNT, a qual determina que:

– citações diretas com menos de três linhas devem vir inseridas no texto e colocadas entre aspas duplas. Deve constar a indicação do autor da citação.

Exemplos:

No final da citação: “Citação” (SILVA; GOMES, ano, p. 123).

No início ou inserida no texto: Segundo Silva (ano, p. 123) “Citação”, ou ainda, Silva (ano, p. 123) diz que: “[...] citação”.

– citações diretas com mais de três linhas devem ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, com letra menor que a do texto e sem aspas. Ao final, deve constar: (SOBRENOME DO AUTOR CITADO, ano, p. 123).

– citações indiretas, ou seja, texto baseado na obra do autor consultado, deve ser adotado o mesmo critério anterior para a referência do autor; se fora dos parênteses, o sobrenome começa com maiúscula e depois letras minúsculas; se entre parênteses, o sobrenome aparece em letras maiúsculas.

– devem ser usados os seguintes recursos:

[...] para indicar supressões;

[ ] para indicar interpolações, acréscimos ou comentários;

itálico para dar ênfase;

(informação verbal) para dados oriundos de informação verbal em palestras, debates etc., com os dados referenciais em nota de rodapé. Exemplo de nota de rodapé: 1Notícia fornecida por Nome e Sobrenome do palestrante no Evento, em Local, em mês e ano.

grifo do autor ou grifo nosso: são usados após a paginação para esclarecer a autoria do grifo. Ex.: (SILVA, ano, p. 123, grifo do autor).

14. Os conceitos e afirmações contidas nos artigos serão de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

15. A revisão ortográfica e gramatical é de inteira responsabilidade do(s) autor(es) do artigo.

16. As referências deverão ser redigidas segundo as normas da ABNT NBR 6023 de agosto de 2002. Incluir somente obras mencionadas no texto.

NORMAS: Todos os exemplos aqui apresentados são fictícios.

– Autor pessoal

ÚLTIMO SOBRENOME (Caixa alta), Nome e Sobrenome. Título. 2. ed. (Número da edição) Local: Editora, ano.

– Até 3 autores

SILVA, Emanuel Tavares; GOMES, Galvão Vieira; SOUZA, Maria Nunes. Título. 13. ed. rev. e aum. Local: Editora, ano.

– Mais de 3 autores

SILVA, Emanuel Tavares. et al. Título: subtítulo. Local: Editora, ano.

– Organizador (es), coordenador (es), tradutor (es)

SILVA, Emanuel Tavares; GOMES, Galvão Vieira. (Orgs.). Título: subtítulo. Tradução de Nome e Sobrenome. [S.l.: s.n.] (Caso não contenha local e editora na obra referenciada), ano.

– Autor entidade

BRASIL. Ministério da Educação. Título. Brasília, DF, ano.

– Autoria desconhecida

PRIMEIRA palavra do título. Local: Editora, ano.

– Partes/capítulo de obra

SILVA, Emanuel Tavares. Título da parte. In: SOUZA, Maria Nunes. (Org.). Título da publicação: subtítulo. Local: Editora, ano. p. 3-9.

SILVA, Emanuel Tavares. Título da parte. In: SILVA, Emanuel Tavares (mesmo que o autor da parte seja igual ao da publicação no todo). Título da publicação. Local: Editora, ano. p. 3-9.

Monografias e partes de monografias em meio eletrônico e on-line

SILVA, Emanuel Tavares. Título. Local: Editora, ano. 1 CD-ROM.

SANTA MARIA. In: ENCICLOPÉDIA virtual dos municípios do RS. Local: Editora, ano. CD-ROM 1.

SILVA, Emanuel Tavares. Título. [S.l]: Editora, ano. Disponível em: <http://www.ufsm.br>. Acesso em: 3 jan. 2000.

VERBETE. In: DICIONÁRIO de línguas estrangeiras. Local: Editora, ano. Disponível em: <http://www.url completa>. Acesso em: 3 jan. 2000.

- Eventos (trabalhos apresentados)

SILVA, Emanuel Tavares.; GOMES, Galvão Vieira. Título. In: NOME DO EVENTO EM CAIXA ALTA, 1. (Numeração do evento, se houver), ano, local (do evento). Anais ... (mesmo caso para Resumos...) Local (da publicação): Editora, ano. p. 3-9. (Quando em meio eletrônico, adicione a descrição física do recurso utilizado após a paginação. Ex.: ... p. 3-9. 1 CD-ROM.)

- Eventos (trabalhos apresentados) on-line:

SILVA, Emanuel Tavares.; GOMES, Galvão Vieira. Título. In: NOME DO EVENTO EM CAIXA ALTA, 1. (Numeração do evento, se houver), ano, local (do evento). Anais eletrônicos... Local: Editora, ano. Disponível em: <http://www.url completa>. Acesso em: 3 jan. 2000.

- Artigos e/ou matéria de revista

SILVA, Emanuel Tavares. Título do artigo. Título da revista, local, n. 1 (número da publicação), p. 3-9 (paginação inicial e final), jan. 2000 (data da publicação).

## **CORPO EDITORIAL**

### **Editores**

Prof. Me. Adriano Franco Valotto  
Profª. Ma. Alyne Oliveira da Costa  
Profª. Dra. Cleyde Ferreira Barreto Valotto  
Prof. Me. Júlio César Coelho do Nascimento

### **Avaliadores Ad-hoc**

Profª. Ma. Jessica da Silva Campos  
Prof. Me. Gyannini Jácomo Cândido do Prado  
Prof. Ma. Érica Camelo Viana Lopes  
Prof. Me. Marcelo Carneiro dos Santos  
Prof. Me. José Vitor Magalhães Martins  
Profª Dra. Livia do Carmo Silva  
Prof. Me. Sebastião Marques Gonçalves  
Profª Ma. Mayline Regina Silva  
Profª. Ma Layena Lindsay Souza Martins Ribeiro  
Profª. Especialista Adriana Maria da Silva Santos  
Prof. Especialista Eizecson Batista da Paz  
Profª. Especialista Jheniffer da Silva Campos  
Profª Ma. Marília Belmira de Castro Rego  
Prof. Me. Guilherme Augusto da Costa  
Prof. Esp. Jafter Raphael Ferreira de Brito

Sineide Denice Mendonça  
Bibliotecária – CRB 1673



## **ENDEREÇO DA REVISTA**

Contato principal

Faculdade Noroeste (FAN)

Av. Mangalô, nº 2385 - St. Morada do Sol, Goiânia - GO, 74475-115

Telefone: [\(62\) 3293-1993](tel:(62)3293-1993)

Whatsapp: [\(62\) 9 9969-7617](tel:(62)99969-7617)

E-mail: [artigos@faculdadesfanpadrao.com.br](mailto:artigos@faculdadesfanpadrao.com.br)

Endereço eletrônico: [fanduca/revistaeletronica](http://fanduca/revistaeletronica)

## **Periodicidade**

Publicação contínua

O recebimento de artigos caracteriza-se por fluxo contínuo sem que seja possível prever a data de sua publicação.

## SUMÁRIO

1	<b>GERONTOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL: "PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA".....</b>	12
	Lauanna Soares Almeida Pollyanna Souza Gomes Patrícia Oliveira Lusimaria Mariano Santos Isadora Barbosa Marques Silva Andreia Soares da Silva Sandra Constâncio Dias da Silva	
2	<b>SEGURIDADE SOCIAL: UMA BREVE REVISÃO.....</b>	39
	Isabella Vieira Resende Renata Teófilo de Souza Teles Paulo Cesar Pereira Cabral Fábio Lopes da Silva Rodrigo Souza Leite Deisy Ester Moreli Fernandes Rodolfo Raja Gabaglia Artiaga	
3	<b>CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DA POESIA MARGINAL.....</b>	53
	Kátia Maria de Oliveira Lara. Josenilma Oliveira da Silva. Ana Claudia da Costa. Camila Calaça	
4	<b>PRINCIPAIS PROBLEMAS NA FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM FORMULAÇÕES SÓLIDAS, SEMI-SÓLIDAS E LÍQUIDAS.....</b>	54
	Ana Paula Souza Eduarda Souza Fabiana Bianki Luiz Vieira Mayanna Moraes Thompson Bastista Vanessa Souza Keytiane De Jesus Viana Amaral	
5	<b>A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO EDUCACIONAL E SEU CONTEXTO HISTÓRICO.....</b>	67
	Maria Madalena Silva Pontes Araújo Eulayla Munik da Silva Cortêz Amaral Kerlly Lorraine da Silva Mendonça Ana Paula Campos Ribeiro Naiury Campos de Souza Rodrigues Micheli dos Santos Souza Tatiane Felipe Lopes	

6	<b>DISCOPATIAS - HÉRNIA DE DISCO: UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	75
	Jaqueline Santos da Silva Alves Joaquim Altino de Moura Filho Rosimeire José dos Santos Lima Joyce Angelica Dourado Pereira Leo Filomeno dos Prazeres Gustavo de Lima Santos Cindy de Jesus Silva Almeida	
7	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE OS ANTIVIRAIS.....</b>	84
	Karynne Grazyelle Barros Pedrina Ferraz Kerley Moura Jonathan Siqueira Iara Souza Nara Souza Juliana Curcio	
8	<b>SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO: ASPECTOS GERAIS.....</b>	100
	Gabriela Domingos Sousa Lobo Josilene dos Santos Matos Lucas Batista de Oliveira Jordana Neves de Paula Erick Gouveia da Silva Cindy de Jesus Silva Almeida	
9	<b>ORDEM ECONÔMICA, FINANCEIRA E SOCIAL.....</b>	110
	Anderson Luís Coelho Marilaine de Jesus Queiroz William Breve Camargo da Silva Marlon Cássio Evangelista Siqueira Vitor Francisco da Silva Ferreira Thiago Lacerda Gonçalves Guilherme Linhares de Freitas	
10	<b>PLANEJAMENTO E PROCESSO DECISÓRIO COMO INSTRUMENTOS DO TRABALHO GERENCIAL DE ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....</b>	130
	Isadora Alves Cristina Silva Millena Pereira Patrícia Teixeira Pollyanna Amaral Teresinha Brito Juliana Xavier	
11	<b>CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O CONSULTÓRIO DE RUA.....</b>	142
	Robson Ribeiro Rezende	

**GERONTOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL: "PRÁTICA  
PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROCESSO DE  
ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA"**

Lauanna Soares Almeida  
Pollyanna Souza Gomes  
Patrícia Oliveira  
Lusimaria Mariano Santos  
Isadora Barbosa Marques Silva  
Andreia Soares da Silva  
Sandra Constâncio Dias da Silva

**Palavras-chave:** Gerontologia; Envelhecimento; Idoso; Sociedade; Serviço Social.

## **1. INTRODUÇÃO**

Este artigo traz as mudanças que retrata o início da velhice pode ser físicas e mental como também transformações na visão de um mundo do idoso ligadas ao processo de envelhecimento, onde gerontologia social trabalha o processo de envelhecimento, Com os novos estudos mostram que há mudanças neste processo de envelhecimento e são postas em campo para identificar, definir a fragilidade física da pessoa idosa. O surgimento da velhice e da terceira idade pode ser entendido como resultante de um processo complexo, que envolve a convergência de discursos políticos, práticas sociais, interesses econômicos e disciplinas especializadas. Sendo assim estas novas identidades etárias não só fazem parte de nosso imaginário como, em muitos aspectos, delimitam as possíveis descrições que fazemos de nós mesmos e de nossas vidas.

O surgimento da gerontologia como disciplina especializada é mais complexo e difuso do que o da geriatria. Segundo Katz (1996), o termo teria sido cunhado em 1913 por Elie Metchnikoff, um médico discípulo de Charcot, mas se limitava ao campo das intervenções médicas que prolongasse a vida. Deste modo a intenção do

Assistente social está diretamente ligada a um contexto histórico, construída ao longo do tempo como uma categoria social, cuja inserção no espaço público tem como foco as novas formações identitárias, é necessário identificar alguns fatores que permitiram e influenciaram sua origem e sua importância no imaginário cultural.

O termo "velho" não é mais adequado dentro de uma sociedade, pois não é respeitoso a pessoa idosa, e essa expressão de certa forma é muito utilizada por pessoas mais jovens. De acordo com o novo Aurélio (1999, p. 2054), encontra-se "velhice", em cinco definições possíveis: "Estado da condição de velho; Idade Avançada; Antigüidade, vetustez; As pessoas velhas; e Rabugice ou disparate próprio de velho".

Surge desse modo, a denominação 'idoso', mais respeitosa e distintiva das camadas médias. Peixoto (1998) analisa a passagem do uso de 'velho' para 'idoso', tanto na França como no Brasil, e mostra a transformação do uso público das expressões relacionadas ao envelhecimento. O termo "velho" estava fortemente associado aos sinais de decadência física e incapacidade produtiva, sendo utilizado para designar de modo pejorativo sobre tudo os velhos pobres. Portanto o objetivo deste estudo é trazer a realidade e direito do idoso na sociedade e como profissional, Assistente Social trabalha para garantir uma qualidade de vida prolongada na fase em que parte dessas populações se aceita e se respeita no processo da velhice e mediar os conflitos sociais em torno da pessoa idosa.

## **2. METODOLOGIA**

O método utilizado para a construção deste artigo, faz-se uso de pesquisas bibliográficas que de acordo com suas características, é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído, principalmente, de livros e artigos científicos, cuja pesquisa é realizada por meio da técnica de análise de conteúdo. A pesquisa bibliográfica tem por finalidade colocar o pesquisador em contato com

o que já se produziu a respeito do tema pesquisado. Também foram utilizados como procedimento metodológico artigos que abordam explicitamente em seus resumos o cuidado ao idoso ou o cuidado gerontológico no seu aspecto social, realizado por Assistente Sociais, incluindo-se publicações realizadas e/ou publicadas em sites de dados IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

### **3. 1 Gerontologia e Serviço Social**

A gerontologia é a área que estuda o processo de envelhecimento humano durante muito tempo era exclusivamente objeto de estudos da medicina. Somente no início do século XX um outro questionamento é construído e deste modo, surge como prática profissional, buscando principalmente concretizando as ações que aliam a teoria e a prática no desenvolvimento de ações do cuidado gerontológico.

O envelhecimento humano é uma conquista recente, pois a longevidade da população está relacionada a diversos fatores, entre eles os avanços científicos nas áreas de saúde, tecnologia e condições de vida coletiva. O homem envelhece desde que nasci e a gerontologia surgiu como uma forma de promover saúde qualidade de vida e bem-estar a população que envelhece, seja nos aspectos biológicos psicológicos, culturais, políticos, econômicos e sociais de cada sociedade. Os especialistas em gerontologia atuam de forma multidisciplinar, visam a prevenção e a intervenção cuidadosa para garantir mais qualidade de vida ao envelhecimento, esse processo e um grande desafio que deve ser construído também pela sociedade.

O envelhecimento é um processo natural a todos os seres vivos. Portanto tudo que possui vida apresenta reações vitais. São os ciclos da vida, nascimento, crescimento e morte. Logo, e este tempo é variável para cada espécie, este ser começa a se conectar com o ambiente, interagir com ele.

Com o passar do tempo, estes processos vitais vão se tornando

menos potentes e eficazes, até que este organismo não consegue mais mantê-los, tornando a vida inviável (NERI, 2001).

Autores que tratam desse processo do ciclo vital dos seres humanos consideram o entendimento do processo de envelhecimento, esse fator é primordial para compreender o ciclo de envelhecer com qualidade de vida, o envelhecimento não deve se encarado como reta final, ou seja, como indicação de morte essa vivência vai muito além considerando aspectos relevantes ao processo de envelhecimento, bem como a importância do aprofundamento no campo do saber da Gerontologia Social e a prática enquanto profissionais do Serviço Social no Brasil.

Deste modo, não há um consenso sobre o início dos estudos científicos sobre o envelhecimento, o estudos no campo da Gerontologia levam a duas considerações:

A filosofia, as artes e a literatura de alguma maneira recorrem a esta bagagem. Dentro delas, uma linha de pensamento reflete a crença de que prolongar a vida não é possível, nem desejável, outra linha alternativa enfatiza o desejo de prolongar a vida. São duas formas de pensar que se encontram enraizadas com as teorias passadas e atuais sobre o envelhecimento, duas formas opostas de pensar que recorrem à realidade e o desejo, que formam parte de numerosos mitos e ideias culturais sobre o envelhecimento (DUARTE, 1999, p. 37).

O envelhecimento é um processo natural a todos os seres humanos, e essa população vem aumentando muito nos decorrer dos anos, o que se início no século XX a importância da gerontologia social, ou seja, o "estudo da velhice". Fraiman (1995, p. 26), afirma que "Gerontologia é uma macro-ciência que estuda o envelhecimento nos seus múltiplos aspectos biopsicossociais, enfocando tanto os grupos de idades, quanto as fases ou ciclos do desenvolvimento humano".

O estudo do envelhecimento na contemporaneidade considerando que a interdisciplinaridade e a Gerontologia Social apresentam-se como uma demanda emergente para a intervenção do

Serviço Social. Pois, a sociedade sofreu constatações mudanças ao longo dos anos, pois é inegável o aumento do número de idosos, o que tornou necessário a busca por melhoria na condição de saúde desse segmento, bem como as características desse processo, com as transformações ambientais, psicológicas, sociais, culturais e econômicas, é urgente o investimento na promoção da saúde pública para se lograr prevenir a morte prematura e aumentar a expectativa média de vida da população. Sendo assim, as políticas públicas também tem seu papel fundamental para propiciar condições de vida saudável e de qualidade para a população de idosos que nem sempre tem esses direitos garantidos tornando o processo de envelhecimento em um processo difícil, e na maioria das vezes não são respeitados como cidadãos de direitos e rejeitados, pois perde muitas funções, adquire doenças, requerendo cuidados especiais e carinho por parte de seus familiares e da sociedade em geral. Sendo assim a importância do estudo deontológico:

Não é apenas a história linear e a evolução das ciências médicas que explicam a origem da gerontologia e da geriatria. Estes são produtos ou reflexos da realidade social mais abrangente e das relações sociais, nas quais se tornam possíveis e necessárias. Existem, portanto, determinações históricas, com base nas quais se pode alcançar o significado social e institucional e a legitimidade dessas ciências, no momento em que se respondem a necessidades humanas e sociais (SÁ, 1999, p. 226).

Uma conquista dos profissionais dedicados a essa área de atuação, os estudos sobre o envelhecimento ganha ênfase o que melhora progressivamente a qualidade de vida das pessoas idosas.

A atuação dos assistentes sociais nessa área é voltada a assumir o compromisso de intervir nas dificuldades dos idosos fazendo a inclusão social do exercício pleno a cidadania. Entretanto alguns desafios do profissional em serviço social são mediar conflitos fazendo que idosos tenham total compreensão dos seus direitos enquanto cidadão, contudo a demanda do assistente social são os



processos de trabalho que é no atendimento à pessoa idosa na atenção de saúde na confirmação ou suspeita de agressão física psicológica negligência, ou abandono e violência econômica.

Por isso a importância também das políticas sociais como estratégias de enfrentamento das desigualdades sociais ou econômicas. Miller (2001, p. 24)

Torna-se oportuno enfatizar, portanto, que, por meio dessas políticas, direitos são concretizados e novas possibilidades de intervenção são direcionadas à melhoria da qualidade de vida da população. Embora haja o estatuto do idoso que deveria garantir o exercício da cidadania e direitos dos idosos como assistência, habitação, alimentação e lazer estabelecidos por meio das políticas sociais esses direitos não são respeitados, "o assistencial, como mecanismo presente nas políticas sociais, revela-se, ao mesmo tempo, como exclusão e inclusão aos bens e serviços", (SPOSATI, 2003, p. 30).

A Lei nº 10.741 - Estatuto do Idoso - entrou em vigor no dia 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003) após a aprovação no Congresso Nacional, e há de ser compreendido de forma abrangente, não apenas como política. O Estatuto, enfatiza a responsabilização da família e sociedade civil ao pleno atendimento das necessidades dos idosos, além de reforçar indicações legislativas já formatadas, vem desdobrar os referidos direitos de forma ampliada, determinando ações e procedimentos e criando abertura a um espaço questionável denominado por, Teixeira (2008, p. 298). Em linhas gerais, ele estabelece a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público em assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

O Estatuto é a Lei orgânica de um Estado, sociedade ou organização. Nesse sentido, o Estatuto do Idoso é uma Lei Federal,

nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, isto é, uma Lei Orgânica do Estado Brasileiro destinada a regulamentar os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos que vivem no país. (BRASIL, 2003)

Para esclarecimento amplo, o Estatuto do Idoso é o resultado final do trabalho de várias entidades voltadas para a defesa dos direitos dos idosos no Brasil, entre as quais sempre se destacou a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e também de profissionais das áreas da saúde, direitos humanos e assistência social, além de parlamentares do Congresso Nacional.

O documento, vigente desde janeiro de 2004, veio ampliar direitos que já estavam previstos em outra Lei Federal, de nº 8842, de 04 janeiro de 1994 e também na Constituição Federal de 1988 e dessa forma se consolida como instrumento poderoso na defesa da cidadania dos cidadãos e cidadãs daquela faixa etária, dando-lhes ampla proteção jurídica para usufruir direitos sem depender de favores, amargurar humilhações ou simplesmente para viverem com dignidade.

Ao longo de seus 118 artigos são tratadas questões fundamentais, desde garantias prioritárias aos idosos, até aspectos relativos à transporte, passando pelos direitos à liberdade, à respeitabilidade e à vida, além de especificar as funções das entidades de atendimento à categoria, discorrer sobre as questões de educação, cultura, esporte e lazer, dos direitos à saúde através do SUS, da garantia ao alimento, da profissionalização e do trabalho, da previdência social, dos crimes contra eles e da habitação, tanto em ações por parte do Estado, como da sociedade.

A Constituição Federal de 1988 foi criada para a proteção ao idoso no Brasil. As leis, direitos e políticas também foram criadas para os idosos, para o profissional de Assistência Social tem como uma fonte importante de melhoria das condições de vida e de cidadania desse estrato populacional em irreversível crescimento.

Isso porque, com a Constituição vigente, promulgada em 1988, a Assistência Social também ganhou nova institucionalidade, que a fez pautar-se pelo paradigma da cidadania ampliada e a funcionar como política pública concretizadora de direitos sociais básicos particularmente de crianças, idosos, portadores de deficiência, famílias e pessoas social e economicamente vulneráveis.

Segundo Cadernos de Atenção Básica do ministério da Saúde no final da década de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi estabelecida o conceito de "envelhecimento ativo", exceto saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser entendido como otimizar oportunidades de saúde, participação e segurança, visando o objetivo é melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Envolve algumas políticas públicas que podem promover a vida saudável e segura das pessoas. Recomenda-se fazer exercícios físicos na vida diária em todas as fases da vida, lazer, prevenção da violência doméstica e urbana, acesso à alimentação. Essas medidas vão ajudar no processo de envelhecimento, o que também significa mais qualidade de vida e saúde. Pode-se notar esse direito na Constituição Federal de 1988, art. 196, institui a saúde como um direito de cidadania de toda a população e é dever do Estado promovê-la (Brasil, 2008).

O princípio da universalidade trouxe um significativo avanço pelo fato de todos terem direito ao acesso dos serviços de saúde independentemente do nível de complexidade. O direito à saúde anteriormente à Constituição Federal, estava restrito apenas àqueles segurados pela Previdência Social.

De acordo com a Confederação Nacional dos Trabalhadores na Saúde – CNTS (2018) -Após a criação do Ministério do Trabalho, os trabalhadores passaram a usufruir de direitos que antes não existiam. Conhecido como o pai dos trabalhadores, Getúlio Vargas iniciou uma política de proteção aos trabalhadores para apoiá-los na participação em projetos nacionais de manutenção de seus interesses econômicos.

Já A assistência social é direito e obrigação do cidadão nacional, prevista na Constituição Federal de 1988 e passou a ser regida por Lei federal (Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993), conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), É definida como uma "política de seguridade social", que inclui tripés de seguridade social e saúde e seguridade social, e se caracteriza por políticas sociais que são esclarecidas em conjunto com outras políticas da área sócia. Essa lei também, conferiu características que a fizeram distanciar-se de práticas "assistencialistas" com que sempre foi identificada. Isso quer dizer que a partir da Constituição de 1988 e da LOAS, estabeleceu-se, a partir do plano legal, a diferença marcante entre a Política Pública de Assistência Social e o "assistencialismo" vulgar praticado indiscriminadamente como um desvio ou doença da assistência social.

Segundo Netto, Cada uma dessas questões tem um tratamento minucioso, mas fazendo uma síntese, os aspectos mais significativos são os seguintes:

Nas aposentadorias, reajuste dos benefícios na mesma data do reajuste do salário mínimo, porém com percentual definido em regulamento; a idade para requerer o salário mínimo estipulado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) 67 para 65 anos; Assegura desconto de pelo menos 50% nas atividades culturais, de lazer e esportivas, além da gratuidade nos transportes coletivos públicos; No caso do transporte coletivo intermunicipal e interestadual, ficam reservadas duas vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a dois salários mínimos e desconto de 50% para os idosos da mesma renda que excedam essa reserva; Prioridade na tramitação dos processos e procedimentos dos atos e diligência judiciais nos quais pessoas acima de 60 anos figuram como intervenientes; Os meios de comunicação também deverão manter espaços ou horários especiais voltados para o público idoso, com finalidade educativa, informativa, artística e cultural sobre o envelhecimento; Os currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal deverão prever conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, a fim de contribuir para a eliminação do preconceito, sendo que o poder público deverá apoiar a criação de universidade aberta para pessoas idosas e incentivar a publicação de livros e periódicos em padrão editorial que facilite a leitura; Quanto aos planos de saúde, a lei veda a discriminação do idoso com a cobrança de valores diferenciados em razão da idade, determinando ainda ao poder público o fornecimento gratuito de medicamentos,

assim como prótese e outros recursos relativamente ao tratamento, habilitação ou reabilitação; O idoso terá prioridade para a compra de moradia nos programas habitacionais, mediante a reserva de 3% das unidades, sendo prevista, ainda, a implantação de equipamentos urbanos e comunitários voltados para essa faixa etária.

É fato notório que o Estatuto do Idoso representa um avanço considerável na proteção jurídica aos homens e mulheres com 60 anos ou mais na sociedade brasileira, mas é fundamental que as a sociedade, junto com familiares se interessem em buscar informações mais detalhadas sobre essa parte da população, através dos meios de comunicação em massa, como jornais, revistas, rádio e TV, acionando seus órgãos representativos de classe, como associações e sindicatos, cobrando providências e ações de seus representantes políticos e dos órgãos públicos e dos governantes, apoiando e participando ativamente de movimentos reivindicativos ou de protestos, a fim de que tudo o que está prescrito no texto legal seja devidamente cumprido e que tal conquista não acabe sendo mais um lei brasileira que fica apenas no papel como letra morta.

O homem envelhece desde que nasce, portanto a idade é um fato predeterminado, mas o tratamento dado aos anos depende das características da pessoa. Sendo assim, torna-se difícil compreender o início da velhice, por se tratar de questões controversas, pois esse período ainda é um campo de estudo amplo e de inúmeras discussões entre diversos profissionais. porém a longevidade da população idosa depende de vários fatores como: sociais, psicológico, ambientais, condições físicas e biológico os avanços científicos nas áreas de saúde, tecnologia, assistência e condições de vida coletiva da pessoa "Idosa".

O vocábulo "idoso" e "senil" em outras acepções, definida como caducidade e falta de capacidade intelectual. Para Silveira Bueno (2000, p. 218), no "Minidicionário da Língua Portuguesa", tem-se idoso por um "adjetivo, velho, avançado em anos". essa variações de definições contribui para o desenvolvimento de pesquisas e estudos,

alargando-se este campo do saber, que é a gerontologia.

Para Alkema e Alley (2006) "A gerontologia estuda os processos associados à idade, ao envelhecimento e à velhice, sendo uma área de convergência entre a biologia, sociologia e a psicologia do envelhecimento".

A gerontologia é um estudo de influência e atua na análise de pluridisciplinar dada a atual ênfase no idoso, existe uma grande preocupação e integração dos profissionais de diversas áreas profissional. E os profissionais que atuam no campo nesse são de informações distintas a maioria relacionadas a área de saúde e afins, que se interessam pelo estudo e cuidado com o envelhecimento. Esse campo de conhecimento propõe na prática a intervenção cuidadosa para garantir mais qualidade de vida, saúde e bem-estar a população que envelhece, envelhecer em uma sociedade cheia de estereótipos é um grande desafio que deve ser desconstruído pela sociedade.

Neri (1995, p. 34) define a velhice bem-sucedida como "uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social referenciada aos ideais da sociedade, às condições e os valores existentes nos ambientes em que o indivíduo envelhece e as circunstâncias da sua história pessoal e de seu grupo etário". É interessante as expectativas em relação ao que é ser velho e ao que é a velhice já que envelhecer é um processo natural. Segundo alguns dados estatísticos a probabilidade de vida da pessoa que nasce na população desse Estado, considerado um dos mais desenvolvidos do Brasil e com melhor qualidade de vida, é de 72,6 anos, enquanto que a média brasileira se situa em torno dos 68 anos.

A população brasileira da terceira idade nos últimos anos cresceu 4,8 milhões de idosos desde 2012, superando os 30,2 de milhões de idosos em 2017, segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – Características dos Moradores e Domicílios, divulgada pelo IBGE. Até 2012, no Brasil a população maior de 60 anos era 25,4 milhões, os 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos

equivalem a 18% desse grupo etário, as mulheres são maioria, com 16,9 milhões (56% dos idosos), os homens são 13,3 milhões (44% do grupo). De acordo com dados do (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) Veja mais em (IBGE,2018) a população está envelhecendo e que a partir de 2039, o Brasil terá, em média, mais pessoas idosas (65 anos ou mais) do que crianças de até 14 anos. Não só no Brasil, mas no mundo todo vem se observando essa tendência de envelhecimento da população nos últimos anos. Ela decorre tanto do aumento da expectativa de vida pela melhoria nas condições de saúde quanto pela questão da taxa de fecundidade, pois o número médio de filhos por mulher vem caindo. Esse é um fenômeno mundial, não só no Brasil. Aqui demorou até mais que no resto do mundo para acontecer, explica a gerente da PNAD (Pesquisa nacional por amostra de domicílio) Contínua, Maria Lúcia Vieira. De 2012 a 2017, o número de idosos cresceu em todo o país, porém os estados do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, são tem 18,6% de idosos acima dos 60 anos.

O assistente social atua no campo das políticas sociais, através de intervenção e mediação dos agravos gerados pelo descumprimento das leis e direitos, com o e garantia dos direitos sociais da população. Além de garantir os direitos sociais à população, tem o compromisso de defesa e atribuições: planejar, assessorar, projetos, executar avaliar políticas públicas e programas.

Enquanto demandas e processos de trabalho do serviço social no atendimento à pessoa idosa na atenção básica de saúde: É em processo de constatação ou suspeita de violência que dá tempo de se pesquisar para compreender a realidade de suas vidas e saber como exercer seus direitos de cidadania. Nesse caso, os profissionais vão sensibilizar a equipe a partir da situação real para, a seguir, estabelecer um plano de tratamento único e propor estratégias de enfrentamento.

As estratégias podem resultar em agendamentos de consultas

fora do horário comercial, visto que, algumas Unidades de Saúde funcionam até às 22 horas; prescrição médica detalhada com letra visível para melhor compreensão do familiar; orientações para família por meio de telefone ou recado, dentre outras.

### **3.2 Criação e Importância do estatuto do idoso**

Foi publicada na Lei 10.741, de 01/ 10/2003, no Diário oficial da União do dia 03/10/2003, que instituiu o Estatuto do Idoso, fez-se necessário uma meta de Lei elaborada pelo Senador Paulo Paim. pelo qual aparato de direitos do cidadão, foi um revés iniciante de uma construção acutelado pela dignidade dos componentes da terceira idade, foi fundamental o Estatuto do Idoso para delinear e promover aos meios da direção do poder público em junção ao melhor modo de intervenção para o idoso, justificando a civilidade cidadão, passando-se para um confim histórico-social, em discernimento para qual os idosos atinjam a verdadeira concretude na sociedade.

Tendo como base do Estatuto do Idoso reproduziu uma modificação na norma da legislação efetivo até o atual momento, por sua vez caracterizou-se pela igualdade do aparato em favor da amplificação de um sistema de proteção dos que engendra na terceira idade. Uvo e Zanatta (2005), distingue que o Estatuto do Idoso constitui um confim válido para a pessoa idosa, visto que em direção dele, as pessoas idosas conseguirão impor o aos seus direitos.

Neri (2005) salienta da mesma maneira que as políticas de proteção social, são respaldadas em desenvolver pressuposições impróprias, podem favorecer para a amplificação ou para o aumento de preconceitos de negatização chegando as eventualidades das práticas sociais preconceito em descrição aos idosos.

Conforme Ceneviva (2004), o Estatuto do Idoso, constitui uma prioridade plena as diretrizes protetivas ao idoso, especificando novos direitos e estipulando diferentes ferramentas especiais de assistência



os que vão desde a preferência no acolhimento ao efetivo, melhoria das condições de vida deste, até a inviolabilidade moral, psíquica e física.

Respalhando a afirmativa, de Uvo e Zanatta (2005), ambos salientam que o Estatuto do idoso institui um termo legítimo para a prática do idoso, foi a partir dele, que as pessoas idosas conquistaram a legislação que assegura os vossos direitos. Antes da inserção do Estatuto do Idoso se tinha a Lei 8.842/94, pautava somente diretrizes da política em descrição a pessoa idosa, dispondo muito a ser regulamentado.

A Lei nº. 8.842/94 instituiu a Política Nacional do Idoso, com diretrizes de atuação do Poder Público no atendimento aos direitos sociais das pessoas que vivem a chamada Terceira Idade, porém, a regulamentação das disposições constitucionais, princípios e regras, advieram com a aprovação do Estatuto do Idoso. (Zanatta, 2005, p. 121).

Conforme com o contexto citado acima afirma Tavares (2006) que o Estatuto da pessoa Idosa tem em seu fundamento 118 artigos, adentrou eventualmente inovações desejadas ocasionalmente há tempos pela sociedade, de forma por exemplo, que garantem uma remuneração mínimo mensal às pessoas idosas com 65 anos de idade. No Estatuto do Idoso não se conduziu apenas os benefícios, e sim um método conveniente que deve ser prestado pelos familiares para com a pessoa idosa. Pela plenitude, o Estatuto do idoso pode ser assinalado por um sistema jurídico, que apresenta um regulamento que movem em conta as especificidades dos idosos, concedendo um olhar em conjunto aos direitos da pessoa idosa.

Após oito anos da promulgação do Estatuto do Idoso mudou-se muito a visão de discriminação da sociedade, com descrição à terceira idade, em momento que, entendemos que no decorrer da história as leis não são capazes de modificar o ser humano, no entretanto o ser humano é apto de modificações, traçando novos princípios e transformando-os em leis.

### **3.3 Garantia do idoso dentro da assistência social**

A Constituição de 1988 é o primeiro marco importante do Brasil reconhecendo os direitos dos idosos, família, sociedade e estado, têm a responsabilidade de apoiar os idosos garantir a participação em atividades comunitárias, protegendo sua dignidade e felicidade e proteção do direito à vida.

Os idosos de boa parte do Brasil demonstraram sua força política nas galerias do congresso, na praça dos três poderes, nas inúmeras passeatas, dentre outras manifestações públicas que sensibilizaram a opinião pública, a mídia, os constituintes, além das emendas populares que assinaram, mostrando possuir um grande processo de mobilização e organização, envolvendo aposentados e pensionistas urbanos e rurais (TEIXEIRA, p. 122, 2004).

A Constituição Federal de 1988 marca a unificação do Brasil e dos direitos humanos e a democracia, ao quebrar o autoritarismo, ele expressou um novo ponto de vista, paradigma dos direitos humanos, também define um modelo de proteção social configurado como um sistema de seguridade social. A política de assistência social passou a fazer parte do sistema, juntamente com a saúde e a seguridade social, e a previdência, segundo Pereira (2006), a assistência ganhou nova institucionalidade, tornando-se uma política pública sob a orientação do paradigma cívico expandido, direitos sociais básicos, especialmente crianças, idosos, deficientes, famílias e pessoas social e economicamente vulneráveis.

Segundo a relação do poder político, o contrato social da Constituição de 1988 expressa no parlamento, refletindo a democratização da sociedade e a expressão dos direitos os aspectos básicos e específicos dos idosos na lei maior do país são garantidos a implementação com a promulgação da Lei nº 8742, a assistência social avançou, a Lei da Orgânica da Assistência Social (LOAS) promulgada em 7 de dezembro de 1993 e a Política Nacional de

Assistência Social (PNAS), 15 de outubro de 2004, posteriormente regulamentos promulgados pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005 que estabelece um pacto federal para a operação do PNAS

A Constituição Federal de 1988 garante aos idosos o direito à vida, à igualdade, à cidadania, à dignidade humana, à previdência social e à assistência social. Esses direitos se fazem presentes nos capítulos da assistência, da família, do trabalho e da previdência, considerando tanto a cobertura de necessidades (de forma não contributiva) como em decorrência da contribuição e do trabalho (FALEIROS, p.6, 2008).

A Constituição Federal de 1988 garante o direito à vida e à igualdade do idoso, cidadania, dignidade humana, previdência social e assistência social. Esses direitos aparecem nos capítulos da assistência, da família, trabalho e previdência social, considere a cobertura da demanda (por método de não pagamento, ou seja, de forma não contributiva) em resultado a contribuições e trabalho.

Após a Constituição de 1988, outros governos implementou uma política de envelhecimento, como a Política Nacional do Idoso (PNI) Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que visa garantir os direitos dos idosos criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

A Seção II dispõe as diretrizes da PNI.

Incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional; atuar junto às organizações da sociedade civil representativas dos interesses dos idosos com vistas a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos; priorizar o atendimento dos idosos em condição de vulnerabilidade por suas próprias famílias em detrimento ao atendimento asilar; promover a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; priorizar o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e fomentar a discussão e o desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 269).

Os direitos da pessoa idosa são estipulados em vários capítulos da Constituição, considere a transição de ajudar idosos ativos, idosos

improdutivo excluído do mercado de trabalho para idosos como sujeito de direitos Idosos, apenas para famílias a idosos protegidos do estado e da sociedade, dos idosos marginalizados a participantes.

Em outubro de 2003, a Lei nº 10.741 estabeleceu o "Estatuto do Idoso", que visa proteger os direitos das pessoas com 60 anos ou mais (art. 1º), sendo assim, resolve os problemas de família, saúde, discriminação e violência contra os idosos.

Portanto, a lei busca os princípios e direitos básicos da vida humana. O principal objetivo é proteger a dignidade humana, princípio consagrado na Constituição Federal no art. 1º, inciso III. e, portanto, garanta que a dignidade da qual existe a arte. 170, CF. Afinal, conforme especificado no art. Artigo 2º do "Estatuto do Idoso".

Ainda, a Constituição promulgada em 1988 foi chamada de "constituição cidadã", onde o legislador demonstra proteção a velhice e seus direitos, observando que o bem coletivo deve ser promovido sem preconceito, apontando a descriminalização ao idoso uma realidade vivida no Brasil (ANDRADE FILHO; RAMALHO, 2018, p. 8).

No artigo 2º da constituição federal uma pessoa idosa desfruta de todos os direitos básicos, como moradia, alimentação e etc., inerentes à pessoa sem comprometer a proteção completa fornecida por esta lei.

A legislação também estipula que a família, a comunidade, a sociedade e o governo têm a responsabilidade de garantir esse direito aos idosos. Portanto, de acordo com a prioridade social o art. 3º da Lei 10.741 / 2003.

O princípio da dignidade da pessoa humana, trazido pela Constituição 1988, tem por objetivo construir uma sociedade justa e solidária e promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, cor, idade ou quaisquer outras formas de discriminação. (FERRAZ, 2015, p.49).

Este regulamento reforça os princípios orientadores contidos na Política Nacional do Idoso (PNI). E os direitos fundamentais no

conteúdo dos artigos 8 a 42 abrange áreas importantes para confirmar seu conteúdo, princípios de cidadania e respeito à dignidade humana, eles são o direito à vida, liberdade, ao respeito, alimentação, saúde, educação, cultura, esporte e lazer, profissionalização e trabalho, previdência social, assistência social, habitação e transporte. O Estatuto do Idoso estabelece uma série de direitos que são classificados como direitos básicos dessa população.

### **3.4 A Vida**

A família, a sociedade e o estado têm a obrigação de apoiar os idosos, garantindo o direito à vida, Filhos mais velhos são obrigados a ajudar seus pais quando estiverem idosos, necessitados ou doentes; as autoridades governamentais devem garantir as condições de vida dos idosos; a família, a sociedade e as autoridades públicas devem garantir que os idosos obtenham produtos culturais, participação da comunidade e integração na sociedade; os idosos têm o direito de viver com suas famílias; devem ter liberdade e autonomia.

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

### **3.5 A Liberdade, Respeito e Dignidade**

Os idosos não podem sofrer nenhuma forma de discriminação; Família, sociedade e o estado são responsáveis: Garantir a cidadania dos idosos; · Garantir que eles participem de atividades comunitárias e defendam sua dignidade e bem-estar; Os idosos devem ser respeitados pelos motoristas de ônibus, devem cumprir seus requisitos para entrar e sair e aguardar sua entrada e saída quando o

ônibus parar; · Todas as organizações comerciais e de serviços devem dar prioridade ao atendimento ao idoso e colocar o seguinte slogan no local visível: "Gestantes, mães com bebês, idosos e deficientes têm atendimento prioritário";

### **3.6 Alimentos**

Comida é o benefício da satisfação pessoal as necessidades básicas daqueles que não podem ser auto-suficientes. As necessidades básicas são entendidas como uma coleção de direitos e garantias direitos básicos claramente definidos na Constituição Federal como lazer, educação, residência e outros direitos, não apenas alimentação. Os alimentos não podem ser rejeitados, como é decidido como princípio da dignidade humana, porque o alimento faz parte da sobrevivência de todas as pessoas e considerado um direito básico.

O amplo conceito de alimentos é estudado por Nader

Entre os direitos subjetivos mais demandados em juízo abrangem os alimentos, que se acham ligados, umbilicalmente, aos valores de sobrevivência. Consiste numa prestação periódica, decorrente de vínculo familiar, declaração de vontade ou ato ilícito, devida pelo alimentante, que dispõe de recursos, ao alimentando, que deles necessita para atender as necessidades vitais próprias. Nader (2013, p.453):

Art. 14º – Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

### **3.7 A Educação, Cultura, Esporte e Lazer:**

Os idosos podem desfrutar de um desconto de 50% em ingressos para artes, cultura, esportes e atividades de lazer. O regulamento estipula que os idosos participarão de comemorações de natureza cívica ou cultural, com o objetivo de garantir que o

conhecimento e a experiência sejam disseminados para outras gerações no sentido de manter a memória e a identidade culturais. Nesse sentido, o documento também determina o currículo mínimo para os vários níveis de educação formal, incluindo o respeito ao processo de envelhecimento, o respeito e a valorização do idoso, a fim de eliminar preconceitos e gerar conhecimento sobre o assunto.

Em relação ao direito à educação dos idosos, o governo deve incentivar criar programas adequados às especificidades a idade.

As iniciativas são incipientes para atender o aumento quantitativo dos idosos na sociedade brasileira. "Constata-se a inexistência de um espaço educacional para essa clientela, um lugar adequado que se busque o aprimoramento do conhecimento, a busca de novos conhecimentos, visando a promoção do ser humano" (OLIVEIRA, 2007, p. 282).

### **3.8 Profissionalização e Trabalho:**

O direito ao trabalho também é protegido contra discriminação ou Limite máximo de idade, incluindo limite de idade para competição de concurso (artigos 26 e 27)

O art. 28 III diz que o Poder Público deve criar e estimular programas de "profissionalização especializada para idosos" (inciso I), preparação dos trabalhadores para a aposentadoria estimulando-os a novos projetos sociais (inciso II) e também o "estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho" (inciso III).

Previdência Social:

Artigo 29 – Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, na da legislação vigente.

### **3.9 Assistência Social:**

Se os idosos e seus familiares não puderem prover suas necessidades básicas, você pode pedir ajuda ao governo e procurar o

centro de referência de assistência social (CRAS) ou no Secretaria Assistência Social em sua cidade. No entanto, a principal obrigação de fornecer necessidades básicas primárias ao idoso. O governo tem a responsabilidade de incentivar a autonomia e a independência dos idosos. Sob essas circunstâncias de não ter família ou apoio, cabe ao estado e a assistência social esse apoio.

Artigo 33 – A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

Habitação:

Os idosos têm direito a moradia decente com suas famílias. Se quiser, também morar sozinho ou em uma instituição pública ou privada. O estado deve prestar atenção ao bem-estar dos idosos, suas necessidades de acessibilidade e moradia uma vida de qualidade para todos. Também é dever das autoridades públicas estabelecer instituições públicas para facilitar a circulação de pessoas. Idosos e deficientes, buscando melhorar e eliminar barreiras arquitetônicas nas cidades e estabelecimentos públicos.

Artigo 37 – O idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

### **3.1.0 Transporte**

No transporte público, 10% dos assentos para idosos serão reservados e 5% dos espaços de estacionamento público e privado para idosos serão reservados de acordo com as leis locais.

Artigo 39 – Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares.

Saúde:



Em termos de saúde, o SUS garante atendimento integral garantir acesso contínuo e igual a ações e serviços prevenir, promover, proteger e restaurar a saúde, incluindo atenção especial doenças que afetam esta parte. Se necessário, o acolhimento domiciliar deve ser realizado, incluindo idosos no abrigo poder público, este último deve fornecer medicamentos gratuitamente, incluindo medicamentos para uso além de próteses, órteses e outros recursos relacionados ao tratamento, e reabilitação. Nos planos de saúde, é proibida a discriminação contra idosos através de honorários valores diferenciados que variam em motivo por idade.

Segundo Camarano e Pasinato (2004)

Esse fato é tido por seus gestores como um fator provável de seu encarecimento, pois os aumentos dos custos decorrentes do envelhecimento dos segurados passarão a ser compartilhados com os demais participantes dos planos. Outro direito assegurado ao idoso é o de optar pelo tratamento que lhe for reputado como mais favorável, caso esteja em domínio de suas faculdades mentais. E em casos de suspeita ou confirmação de maus tratos, os profissionais de saúde devem obrigatoriamente comunicar aos órgãos responsáveis. (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 253)

No Artigo 15 ele fala que e por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que ele visa garantir o acesso universal e serviços de prevenção, promoção, proteção da saúde.

### **3.1.1 Os Idosos enquanto sujeitos políticos de direitos**

Um aspecto importante a ser considerado na trajetória de construção da cidadania da pessoa idosa se refere à sua participação política nos espaços democráticos de controle social das ações do Estado. No Brasil, a participação dos idosos nos conselhos de direitos e de políticas públicas, nas conferências e fóruns, enquanto espaços democráticos de participação da sociedade, contribui para fortalecer a sua consciência crítica e o seu protagonismo social enquanto sujeito político de direitos. Nesses espaços de participação põe-se a

perspectiva da emancipação da pessoa idosa como sujeito político com capacidade de interferir nas decisões que lhes dizem respeito, contribuindo para fortalecer a sua participação cidadã.

A qualificação da participação social dos idosos requer o reconhecimento do seu lugar social no tempo presente. Trata-se de buscar redirecionar a agenda pública de forma acolher a participação dos cidadãos idosos no processo de formação, bem como procurar estruturá-la obedecendo a uma nova lógica regida pela equidade e pela justiça social, fundamentada em princípios éticos que ressalte a prevalência do ser humano, independente da sua faixa etária e condição social.

A busca pelas condições para poder concretizar o paradigma do envelhecimento ativo e saudável tem repercutido tanto nos países da União Europeia, da qual Portugal é Estado-membro, quanto nos países da América Latina, no sentido de reforçar a condição de protagonista das pessoas idosas nas decisões relacionadas a seus interesses.

O fato de mais pessoas viverem mais tempo é, em si, muito positivo, mas coloca desafios significativos aos sistemas de segurança social em toda a Europa em termos de sustentabilidade financeira, embora essa questão não apresenta consenso entre os estudiosos. Porém, em termos de potencial de desenvolvimento e de transmissão de informações e experiências acumuladas ao longo da vida, a motivação para incentivar os idosos a permanecerem na população economicamente ativa tem um impacto econômico, mas também subjetivo. A ideia de envelhecer para alcançar uma saúde positiva foi escolhida como modelo pela Organização Mundial de Saúde e endossada pelas Nações Unidas por meio da Conferência Mundial sobre o Envelhecimento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observamos que se resulta em diversas transformações na vida coletiva, onde se nota o surgimento de experiências, hábitos e imagens antes inexistentes. Outra observação que não pode faltar em debates futuros: Se o aumento da imagem positiva que constitui o idoso se deve à sua extrema valorização, exclui a possibilidade de vivenciar o envelhecimento pelo sossego, repouso e inatividade, o que torna a característica mais perto da descrição da velhice, é claro que perderemos a diversidade em nosso estilo de vida e na forma de satisfação do sujeito. Portanto, embora seja impossível explicar com precisão o destino da era moderna, aposto na coexistência das identidades etárias acima citadas no imaginário cultural para ampliar a descrição e a possibilidade de satisfação das experiências das pessoas.

Segundo Featherstone e Hepworth (1995) o argumento central da gerontologia social, se baseia na compreensão do envelhecimento, especialmente da estrutura social relacionada às imagens negativas, cuja decadência pode dar lugar a imagens positivas no mesmo processo. Seguindo a teoria do construtivismo social, os geriatras começaram a advogar uma completa desconstrução e substituição das imagens negativas do envelhecimento e a criar imagens positivas para os idosos. Para tanto, é necessário um novo discurso suficientemente consistente para eliminar a ligação entre os idosos e os sinais de estigma, como doenças, deficiências e declínio.

## **5 REFERÊNCIAS**

ALKEMA, G.E.; ALLEY, D.E. **Gerontologys Future: An integrative model for disciplinary advancement.** The Gerontologist, v.46, n.5, p.574-582,2006.

ANDRADE FILHO, Evaldo Solano de; RAMALHO, Rosângela Palhano. **A efetividade legal do Estatuto do Idoso constituído sob a Lei 10.741/2003. Pdf. 21f. Monografia (conclusão de curso) –** Universidade Federal de Paraíba, Paraíba.

BRASIL, **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil>>. Acesso em: 27 set 2020.

BRASIL. Lei nº 3.252 de 27 de agosto de 1957. **Regulamenta o exercício da profissão de assistente social**.

BRASIL. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm)>. Acesso em 27 de setembro. de 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Política Nacional do Idoso**. Lei n.º 8.842 de 04 de janeiro de 1994.

BRASIL. **Presidência da República. Lei Orgânica da Assistência Social**, n. 8.742, de 7 de setembro de 1993.

BERZINS, Marília Anselmo Viana da Silva. **Envelhecimento populacional: uma conquista para ser celebrada IN Revista Quadrimestral de Serviço Social**. Ano XXIV- n. 75 – Setembro 2003. São Paulo: Cortez.

BUENO, Francisco da Silveira. **Minidicionário da língua portuguesa**. São Paulo: FTD, 2000.

BARROCO, Maria Lúcia; TERRA, Sylvia Helena. **O código de ética do/a assistente social comentado**. São Paulo: Cortez, 2012.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas**. In: Os Novos Idosos Brasileiros: Muito Além dos 60? Organizado por Ana Amélia Camarano. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. (P. 253-292).

CENEVIVA, W. **"Estatuto do Idoso, Constituição e Código Civil: a terceira idade nas alternativas da lei"**. A Terceira Idade, v.15, n.30, p.7-23, 2004.

DUARTE, Lúcia Regina Severo. **Idade cronológica: mera questão referencial no processo de envelhecimento**. In: UNIVERSIDADE Federal do Rio Grande do Sul. Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento. Porto Alegre: UFRGS, 1999. v. 2.

FERRAZ, Anna cândida da cunha; BAPTISTA, Fernando Pavan. **DISPOSIÇÕES PRELIMINARES (ARTS.1º E 2º)**. 2015: Editora

Edifício. Osasco.2015

FRAIMAN, A. P. **Coisas da Idade**. São Paulo: Editora Gente, 1995.

FEATHERSTONE, Mike; HEPWORTH, **Mike Images of positive aging: a case study of Retirement Choice magazine**. In: Featherstone, Mike; Wernick, Andrew (Org.). *Images of aging: cultural representations of later life*. London: Routledge. p.29-48. 1995

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo Demográfico, 1991**, nº 1, Brasil, 2018.

KATZ, Steven *Disciplining old age: the formation of gerontological knowledge*. Charlottesville: University Press of Virginia. 1996  
**Disponível** em:  
<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000097&pid=S0104-5970200800010000900009&lng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000097&pid=S0104-5970200800010000900009&lng=en)> Acesso em: 30 set 2020.

MASCARO, Sonia de Amorim. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004. (Coleção Primeiros Passos).

MILLER, Adriano Fialho. **Os conselhos de direitos e a construção de uma política voltada aos idosos**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

NADER, Paulo. **Curso de Direito Civil: Direito de Família**. Vol. 5. 3ª ed. Rio de Janeiro, : Forense. 2013.

NERI, A. (org.) **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus,1995. p.276.

NERI, Anita Liberalesso. **O fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas: Papirus, 2001.

NERI, Anita L. **Velhice e Sociedade**. Campinas, SP: Alínea, 1999.

NÉRI, A. L. **"As políticas de atendimento aos direitos da pessoa idosa expressa no Estatuto do Idoso"**. *A Terceira Idade*, v.16, n.34, p.7-24, 2005.

NETTO, Antônio Jordão. **O que é o Estatuto do Idoso?**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disponível em: <link do site>. Acesso: 09 out. 2020.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. **O Processo Histórico do Estatuto do Idoso e a Inserção Pedagógica na Universidade Aberta**. Revista HISTEDBR On-line, Campinas, n.28, p.278- 286, dez. 2007.

PAZ, Serafim Fortes e GOLDMAN, Sara Nigri. **Estatuto do Idoso**. Artigo publicado no Tratado Geral de Gerontologia e Geriatria – 2ª edição - Capítulo 151- Editora Guanabara/Koogan - 2006.

REVISTA PORTAL. Divulgação, n.49, Ano VI, Jun. Jul. Ago. 2016, ISSN 2178-3454. Disponível em: <www.portaldoenvelhecimento.com>. Acesso em: 28 set. 2020.

SÁ, Jeanete L. M. de. **Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos**. In: **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade / organizadora Anita Liberalesso Neri**. – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, SP, 2007.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**. São Paulo: Cortez, 2003.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações para a proteção social no Brasil** – São Paulo: Cortez, 2008.

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento na Agenda Pública Brasileira**. In: Revista Políticas Públicas, v.7, n.1, p. 113-136, jan./Jun. 2003.

UFJF (Universidade Federal de Juiz de Fora). **IBGE/PNAD Contínua: Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. maio de 2018. Disponível em: <<https://www.ufjf.br/ladem/2018/05/01/ibgepnad-continua-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>> Acesso em: 27 set 2020.

UVO, R. T.; ZANATTA, M. de L. A.L. **“O Ministério Público na defesa dos direitos do idoso”**. A Terceira Idade, v.16, n.33, 2005.

## SEGURIDADE SOCIAL: UMA BREVE REVISÃO

Isabella Vieira Resende  
Renata Teófilo de Souza Teles  
Paulo Cesar Pereira Cabral  
Fábio Lopes da Silva  
Rodrigo Souza Leite  
Deisy Ester Moreli Fernandes  
Rodolfo Raja Gabaglia Artiaga

**Palavras-chave:** Seguridade Social, Previdência, Saúde, Assistência Social, Evolução Histórica.

### 1. INTRODUÇÃO

Este artigo tem por finalidade apresentar sobre a Seguridade social, que tem como principal objetivo assegurar os direitos à Saúde, Previdência Social e Assistência Social; onde o Estado e a sociedade tem um trabalho conjunto para assegurar os direitos acima citados.

Iremos retratar o contexto histórico e a evolução constitucional brasileira da Seguridade Social; como é o funcionamento da Seguridade Social; quem são os beneficiários, quem contribui para a Seguridade Social; como é o financiamento e sobre seus principais princípios.

Neste sentido abordando as considerações de todos os temas acima que tem como perspectiva citar o objetivo e a importância de cada um deles, examinando os conceitos, evolução e vigência no sistema jurídico, confrontando as diversas posições doutrinárias acerca de sua aplicabilidade no sistema jurídico vigente.

### 2. METODOLOGIA

A metodologia abordada no presente artigo ocorreu em duas

etapas, a primeira por intermédio de pesquisa bibliográfica onde se pesquisou, ainda, em artigos disponíveis na internet, bem como a nossa Constituição Federal/88. Já em outro momento abordou-se o método dedutivo, cujo intuito em obter uma análise dos principais aspectos dos materiais utilizados. Diante do levantamento das informações referente ao tema proposto, isto é, por meio da técnica de observação, tivemos o resultado proposto.

### **3. RESULTADOS e DISCUSSÃO**

No que diz respeito à Previdência Social em nossa sociedade, é de necessária importância analisar sua evolução histórica, não frisando somente nosso país, mas também outros países ao redor do mundo.

*Ab initio*, é de suma importância destacar que os direitos relacionados à Previdência Social fazem parte dos direitos fundamentais sociais, estes, como mencionados no artigo 6º da Constituição Federal de 1988, são direitos à educação, à saúde, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção à maternidade e à infância, a assistência ao desamparados. (CF/88)

Desta forma, como acima mencionado, os direitos sociais incluem também os direitos relativos à Previdência Social, assim vejamos o que o ilustre doutrinador José Afonso da Silva nos ensina:

“Prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade.”



Assim, pode-se entender que os direitos sociais se competem os direitos de igualdade, aqueles que possuem interesse de fazer com que o Estado trabalhe de forma positiva, dando garantia a dignidade humana de todos (SILVA, 1998).

No Brasil, a seguridade social deu início com os “socorros públicos”, como disposto na Constituição de 1824 (primeira previsão constitucional de atos securitários), e de acordo com a Constituição de 1824, as atividades eram desenvolvidas de forma privada, por meio das entidades denominadas de Santas Casas de Misericórdia. (CF/1824)

A Constituição Brasileira de 1891 estabeleceu aposentadoria por invalidez aos funcionários a serviço da nação, e anteriormente no quesito previdência, surgiu o Montepio Geral dos servidores do Estado, conhecido também como “Mongeral”, em 1853 de caráter privado. (CF/1891)

Deste modo, ao analisar após a Constituição brasileira de 1891, é de suma importância observar os instrumentos normativos infraconstitucionais, quais sejam, o Decreto de nº 9.284/1911, que foi responsável na criação a Caixa de Pensões dos Operários da Casa da Moeda, e o Decreto de nº 3.274/1919, que regulou as obrigações originárias dos acidentes no trabalho. (CF/1891)

De acordo com a Lei Eloy Chaves, vigorada com base no Decreto Legislativo 4.682/1923, responsável por criar as chamadas Caixas de Aposentadoria e Pensões para os contratados pelas empresas ferroviárias, gozando dos benefícios de aposentadoria por invalidez, aposentadoria ordinária (conhecida atualmente por aposentadoria por tempo de contribuição), pensão por morte, tudo por conta do Estado, dos empregadores e dos Trabalhadores. Destarte, vale mencionar ainda, que no dia 24/01/1923 data da publicação da Lei Eloy Chaves, até hoje é comemorada pelo Instituto Nacional do Seguro Social como data de aniversário da Previdência Social. (Decreto Legislativo 4.682/1923)

Ainda se referindo a Lei Eloy Chaves, é notória que é considerada um marco na evolução da Seguridade Social no Brasil, pois foi responsável, assim, por criar as Caixas de Aposentadorias e Pensões para ferroviários, conforme disposto no artigo 3º do Decreto Legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923:

“Art. 3º Formarão os fundos da caixa a que se refere o art. 1º: a) uma contribuição mensal dos empregados, correspondente a 3 % dos respectivos vencimentos; b) uma contribuição anual da empresa, correspondente a 1 % de sua renda bruta; c) a somma que produzir um aumento de 1 1/2 % sobre as tarifas da estrada do ferro; d) as importâncias das jóias pagas pelos empregados na data da criação da caixa e pelos admitidos posteriormente, equivalentes a um mez de vencimentos e pagas em 24 prestações mensais; e) as importâncias pagas pelos empregados correspondentes á diferença no primeiro mez de vencimentos, quando promovidos ou aumentados de vencimentos, pagas também em 24 prestações mensais; f) o importe das somas pagas a maior e não reclamadas pelo público dentro do prazo de um anno; g) as multas que atinjam o público ou o pessoal; h) as verbas sob rubrica de venda de papel velho e varreduras; i) os donativos e legados feitos à Caixa; j) os juros dos fundos acumulados.” (sic)

Seguindo adiante, depois da publicação da Lei Eloy Chaves, no desenvolver da Seguridade Social no Brasil, onde passou por uma revolução de 1930 no Governo Getúlio Vargas, que reformulou os regimes previdenciários e trabalhista. Sua primeira criação foi o Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Marítimos. (Decreto de nº 22.872/1933)

A Constituição Federal de 1934 foi responsável pelo termo “previdência” juntamente com o termo “social”, que também teve responsabilidade a estabelecer a forma tripartida de custeio, mediante contribuições do empregado, do empregador e do Estado. (CF/1934)

O termo "seguro social" advindo da Constituição Federal de 1937, onde tal termo foi substituído por "previdência social" na Constituição Federal de 1946, responsável também pela unificação a legislação securitária com a Lei nº 3.807 (1960), a qual ficou conhecida por Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS). (CF/1946)

Desta feita, seguindo um pouco mais adiante, no ano de 1966, o Decreto de nº 72 criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), autarquia integrante da administração indireta da União, com personalidade jurídica própria, com alguns anos após esta feita, surgiu em 1977 a Lei nº 6.439, que sancionou o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), mantendo as competências previdenciárias do INPS, porém, inovado outros órgãos, qual seja, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). (BERTUSSI)

Finalmente, em 1988, com a ideia de Welfare State, houve uma nova publicação no Brasil, se tratando de uma nova Constituição Federal, onde o novel texto constitucional adveio um capítulo abordando a Seguridade Social (artigos 194 a 204), a respeito da Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Assim, diante de todas estas benfeitorias, todo custo diante da Seguridade Social seria bancado por contribuições sociais do empregador, dos trabalhadores e sobre as receitas dos concursos de prognósticos, deste modo, ele passa a ser melhor especificado no artigo 195 da Constituição Federal: (CF/1988)

“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.”

Diante o exposto, é concluso que a Seguridade Social também teve um desenvolvimento considerável a nível internacional, podendo-se constatar que no início era privada e voluntária, sofreu alterações nos programas de assistência mútua e desenvolveu-se à medida que aumentava a intervenção do Estado. Como mencionado acima, teve também o grande marco da Seguridade Social brasileira, que foi a Lei Eloy Chaves, responsável por criar as Caixas de Aposentadorias e Pensões para os ferroviários, que atualmente é disciplinado pelas Leis 8.080/90 e nº 8.213/91, criada pela novel Constituição Federal de 1988, e o Plano dos Benefícios da Previdência Social. (CF/1988)

O Art. 194 da CF/1988 nos apresenta a Seguridade Social como o conjunto integrado (políticas públicas) de ações dos **poderes públicos e da sociedade**, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social. Pelo exposto acima podemos dizer que a estrutura da seguridade social, no país é mista, compreendendo a iniciativa privada e o Estado.

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, não depende de contribuição, e independente de quem seja (pobres ou ricos), o sistema público vai atender da mesma maneira de forma gratuita e universal, inclusive os estrangeiros. 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, conforme Art. 196 da CF/1988.

De acordo com o Art. 199 da CF/1988.

“A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. ”

Ainda conforme o §§ 2 e 3 é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos, e a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei, de forma que a legislação infraconstitucional disporá sobre o tema.

Ainda no Art. 200 da CF/1988 vemos as competências do SUS:

“I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.”

A previdência social será organizada sob a forma do **Regime Geral** de Previdência Social (RGPS), de **caráter contributivo e de filiação obrigatória**, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, sendo vedada a adoção de requisitos ou critérios diferenciados para concessão de benefícios, ressalvada, nos termos de lei complementar, São benefícios deste tipo de Regime de Previdência: cobertura dos eventos de incapacidade temporária ou permanente para o trabalho e idade avançada; proteção à maternidade, especialmente à gestante; proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, não podendo ser inferior ao salário mínimo conforme nos traz o Art. 201 da CF/1988.

A aposentadoria no RGPS terá como condição os dispostos nos incisos I e II do § 7 do Art. 201 que é idade 65 anos para homens e 62 para mulheres, observados o tempo mínimo de contribuição, e nos casos de trabalhadores rurais, garimpeiros e pescadores artesanais é de 60 anos para homens e 55 anos para mulheres.

A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, tendo por objetivo e tem por objetivos conforme Art. 203 da CF/2003

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

De acordo com o Art. 204 da CF/1988 as ações governamentais na área da assistência social serão organizadas com base nas seguintes diretrizes:

“I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social; II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis. ”

Os objetivos ou princípios como aqui elencados estão dispostos no Art. 194 da CF/1988:

- **Princípio da Solidariedade:** O Princípio da solidariedade social influencia todo Direito da Seguridade social, principalmente quanto a previdência social e a Assistência social, na manutenção da dignidade da pessoa humana e no respeito dos direitos sociais através de ações promotoras da justiça social e garantidoras da proteção aos indivíduos que se encontrem em situações de necessidade decorrente de contingências sociais, onde é possível concluir que nas normas pertinentes ao custeio da Seguridade social prevalece o interesse da coletividade em detrimento do interesse individual, é que nas formas pertinentes a concessão de benefícios deve ser dada maior importância a manutenção da dignidade humana e a proteção social, do que aos aspectos econômicos, financeiro e atuarial do sistema. (PONTES, 2006).

- **Princípio da Universalidade:** O princípio da universalidade integra o núcleo essencial do regime jurídico do serviço público. Tal instituto traduz-se em prestações materiais, titularizadas pelo Estado e prestadas por ele ou por quem lhe faça às vezes, sob um regime publicista. Mediante tais prestações, o Estado cumpre seu dever de realização dos direitos fundamentais sociais, plasmados na Carta Constitucional de 1988. Direcionado a tal desiderato, o princípio da universalidade assegura a todas as pessoas o acesso às prestações decorrentes dos serviços públicos, sendo dever inescusável do Estado permitir, a toda a população, o acesso às comodidades materiais decorrentes de tais prestações. Tal princípio traduz, assim, o dever de universalizar o acesso aos direitos fundamentais sociais concretizados mediante os serviços públicos prestados, manifestando-se como condição de realização dos objetivos fundamentais previstos no texto constitucional. (SCHIER, 2017).
- **Princípio da Uniformidade:** O Princípio da Uniformidade significa que o plano de proteção social será o mesmo para trabalhadores urbanos e rurais. Pela equivalência, o valor das prestações pagas a urbanos e rurais deve ser proporcionalmente igual. Os benefícios devem ser os mesmos (uniformidade), mas o valor da renda mensal é equivalente, não igual. (CORRÊA, 2019).
- **Princípio da Gestão Democrática:** O Princípio da Gestão Democrática demonstra o quanto os legisladores não sabem da seguridade social. É apenas uma gestão democrática onde a população interessada tem que participar da gestão, e o ordenamento estabeleceu a criação de Conselhos, ou seja, Municipal, Estadual ou Federal e Administrativa. Onde estabelece o caráter democrático e descentralizado da administração, dos empregados



- **Financiamento da Seguridade Social:** A seguridade social e a área de atuação do poder público que abrange a saúde, assistência social e previdência social, reconhecida também como regra da contrapartida. A CF/88 no seu Art 195 deixou claro como deverá ser a sua manutenção e como será seu financiamento, mediante os recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Os constituintes buscaram dividir a responsabilidade dos custos entre toda sociedade, onde cada um teria sua cota de participação, onde, os que têm condições de contribuir por meio das contribuições sociais, e os que não têm as mesmas possibilidades, são obrigados a fazerem indiretamente por meio de impostos fiscais dentro dos orçamentos governamentais.

O princípio da equidade na forma de participação no custeio está estabelecido no artigo 194, parágrafo único, inciso V, da Constituição Federal de 1988, estando amparado no princípio da Igualdade. (Martins, 2015)

Equidade no estilo de participação no financiamento permite que a contribuição seja realizada de forma igualitária somente entre pessoas iguais. Sendo assim forma-se uma distinção entre a contribuição do trabalhador e a empresa, sendo que cabe à empresa uma maior parcela de contribuição. São também criadas diferentes alíquotas para os trabalhadores, de acordo com a sua remuneração que recebe.

Diversidade da base de financiamento nos diz que devemos ter várias modalidades de agentes responsáveis pelo financiamento da seguridade social. As formas de constituições anteriores a atual praticavam o princípio da triplicidade do custeio, que era dividido entre trabalhador, empregador e a União. Já a atual Constituição federal/88 traz que os diversas formas de custeio da seguridade social nos permite que sejam criadas novas fontes de custeio, desde que por meio de lei complementar e que respeite certos requisitos criado em lei.

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, podendo ser adotadas alíquotas progressivas de acordo com o valor do salário de contribuição, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo Regime Geral de Previdência Social; 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.

Então o financiamento será feito por empregador ou empresas equiparadas, através de folhas de salários e rendimentos do trabalho, receitas ou faturamentos de lucro. O trabalhador e demais segurado da previdência podendo ter alíquota diferenciada, de acordo com os proventos mensais. Para o reconhecimento de seguridade social, será exigido um tempo mínimo de contribuição, as categorias serão diferenciadas, a periculosidade será um dos critérios para o tempo de contribuição.

- **Lei Orgânica:** A Lei Orgânica que retrata a Seguridade Social é a lei de nº 8.212 de 24 - 7 - 1991, essa lei tem por finalidade discorrer sobre a organização e o plano de custeio da Seguridade Social.

É dividida em 8 títulos com artigos autoexplicativos, sendo eles:

- 1- Conceitos e Princípios Constitucionais
- 2- Da Saúde
- 3- Da Previdência Social
- 4- Da Assistência Social
- 5- Da Organização da Seguridade Social
- 6- Do Financiamento da Seguridade Social
- 7- Das Disposições Gerais
- 8- Das Disposições Finais e Transitórias

- **Lei Complementar:** A Lei Complementar que retrata a Seguridade Social é a Lei de nº 70 de 30 - 12 - 1991, essa lei tem por finalidade apontar quem deve contribuir para a Seguridade social, quanto deve contribuir (não estará determinado um valor X, será determinada uma porcentagem, que será aplicada de acordo como especificado nos artigos desta Lei), quando será cobrado o imposto da Seguridade Social.

Enfim, a finalidade do artigo é especificar o que não está detalhado na Constituição Federal.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Compreende-se que a Seguridade Social trabalha em conjunto com a sociedade para proporcionar direitos considerados primordiais para uma sociedade justa, livre e solidária.

A Seguridade social, será financiada direta ou indiretamente pela sociedade em geral e pelo Estado (União, Estados, DF e Municípios), de forma que os impostos recolhidos vão para o orçamento da Seguridade Social.

A Seguridade Social assegura os direitos à Saúde, Previdência Social e Assistência Social. A saúde irá ser benefício de todos e dever

do Estado; a Previdência Social é benefício daqueles que forem contribuintes à RGPS e a Assistência Social será designada aos que necessitam serem amparados pelo Estado.

## 5. REFERÊNCIAS

BERTUSSI, Luís Antônio Sleimann; TEJADA, César A. O. **Conceito, Estrutura e Evolução da Previdência Social no Brasil**. Disponível em: [http://www.upf.br/cepeac/download/rev\\_n20\\_2003\\_art2.pdf](http://www.upf.br/cepeac/download/rev_n20_2003_art2.pdf). Acesso em: 15 de outubro de 2020.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília – DF.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. **Cria, em cada uma das estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados**. Disponível em <<http://www.camara.leg.br>>. Acesso em: 14 outubro 2020.

CORRÊA, Lucas Adolfo da Cruz Corrêa. **Princípios da seguridade social**. .SITE JUS 2019. <https://jus.com.br/artigos/74142/principios-da-seguridade-social>.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 26ª ed. São Paulo. Ed. Atlas, 2008.

PONTES, Alan Oliveira. **O princípio da solidariedade social na interpretação do direito da seguridade social**. Biblioteca Digital Brasileira de teses e Dissertações, 2006. [https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP\\_ab0ebb4d011c342dfcbbfea75dfe6a44/Description](https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/USP_ab0ebb4d011c342dfcbbfea75dfe6a44/Description)

SCHIER, Adriana Da Costa Ricardo. **Princípio da universalidade**. Enciclopédia Jurídica Da PUCSP, 2017. <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/77/edicao-1/principio-da-universalidade>

SILVA, José Afonso da. **Direito Constitucional Positivo**. 15 ed. São Paulo: Malheiros, 1998.

SILVEIRA, Débora Maciotti. **Princípios específicos de Seguridade Social**. SITE JUSBRASIL, 2014. <https://dehmaciotti.jusbrasil.com.br/artigos/152257331/principios-especificos-de-seguridade-social>

## CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DA POESIA MARGINAL

Kátia Maria de Oliveira Lara.  
Josenilma Oliveira da Silva.  
Ana Claudia da Costa.  
Camila Calaça

**Palavras-chave:** Poesia Marginal, Ditadura, Literatura.

### 1. INTRODUÇÃO

Entende-se por Poesia Marginal ou Geração Mimeógrafo a tendência literária que surgiu no Brasil na década de 60. Esta tendência sociocultural surgiu em oposição aos princípios conservadores, à estética, ao autoritarismo da ditadura, retratando em suas poesias a insatisfação pelos padrões impostos pelos detentores do poder.

A denominação do termo “marginal” se refere à temática que estava à margem do formalismo academicista, com influências na música, nas artes plásticas, no teatro, no cinema e principalmente na literatura. Na tendência marginal, o autor não só criava os poemas, mas também editava e divulgava suas obras, para tanto utilizava do mimeógrafo, instrumento utilizado para reproduzir livros e folhetos, por isso a Poesia Marginal ficou também conhecida como Geração Mimeógrafo.

A Poesia Marginal ou Geração Mimeógrafo é caracterizada pela falta de interesse da estética literária, linguagem coloquial sarcástica, irônica, humor, palavrões, gírias e protestos, bem como a presença de elementos visuais, fotografias e colagens. Os temas caracterizam-se pela diversidade, desde a realidade política, social, religiosa até o amor e a sexualidade. Embora não haja um autor ou autores principais, os que foram mais relevantes são: Chacal; Paulo Leminski; Ana Cristina Cesar; Cacaso, Nicolas Behr e Francisco Alvim.

O objetivo deste trabalho é caracterizar, conceituar, bem como apresentar os autores e obras que mais se destacaram na Poesia Marginal ou Geração Mimeógrafo.

## **2. METODOLOGIA**

Os alunos do curso de Letras noturno da Faculdade Fan Padrão, Unidade Dergo, foram apresentados ao Tema III, no Conteúdo Literatura Brasileira III. Para tal, foi utilizado o método de pesquisa bibliográfica. A pesquisa foi baseada nos estudos dos autores Diana sd, Gutierrez e Santos (2018), Santos (2010) e Silva (2015), que elaboraram obras pertinentes ao assunto.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Segundo Gutierrez e Santos (2018, p. 42) a Poesia Marginal ou Geração Mimeógrafo no início dos anos de 1960, os jovens dos centros urbanos brasileiros, sob a influência da contracultura internacional e insatisfeitos com a crise social e artística do Brasil, associaram aos militantes políticos para fazerem da arte um instrumento de luta e poder. Dessa maneira, os poetas marginais ante a égide de Hélio Oiticica “Seja marginal, seja herói” combatiam o controle do Estado sobre as instituições, a cultura e as pessoas. A poesia Marginal inspirada na contracultura se tornou uma recusa aos valores morais e culturais impostos pelos detentores do poder, que na afirmação de Silva (2015, p. 4) evidencia que:

A contracultura é um conjunto de valores e ideias que está “fora” da cultura, rompendo com a cultura dominante. Dessa forma, a contracultura, na poesia, torna-se uma crítica ao padrão poético, estético e conteudístico. Os autores do movimento declaravam-se marginais e se preocupavam com o modo de transmissão da mensagem, não com a estética do poema. (SILVA, 2015, p. 4)

De acordo com Gutierrez e Santos (2018, p. 44) a Poesia Marginal ao se opor aos valores morais, cristãos e burgueses da época, retratavam em seus poemas não só a insatisfação da

interferência de um sistema ditador e de uma indústria cultural quanto à forma de viver do indivíduo, como também optaram pelo “desbunde” para fugir da realidade censurada e retalhada. O desbunde é definido por Santos (2010, p. 89) da seguinte maneira:

“Desbunde era o nome que os militantes de esquerda davam para a atitude da turma da contracultura, o pessoal que usava drogas, escutava rock, lia os poetas beat, fazia filmes em Super-8, não cortava os cabelos e preferia fumar maconha a pegar em armas ou se engajar em partidos políticos. Contra as atitudes beligerantes do sistema, ações pacíficas e irreverentes.” (SANTOS, 2010, p. 89)

Ainda segundo Gutierrez e Santos (2018, p. 44), os poetas que agregaram a essa nova concepção poética preferiram viver à margem dos padrões sociais impostos pelo Governo, bem como o controle das produções que eram editados pelas editoras. Esses autores produziam suas obras de forma simples utilizando o mimeógrafo, um instrumento usado para reproduzir cópias, por isso acabou recebendo o nome de Geração Mimeógrafo. O poeta, além de criar a poesia, editava, divulgava e vendia nos bares, nas praças, teatros, restaurantes e também nas ruas. Santos (2010, p. 90) afirma que:

A geração mimeógrafo queria recuperar o espírito antiburguês do modernismo de 1922. Críticos do progresso industrial inconseqüente, eles imprimiam e financiavam seus próprios livros, vendendo-os em porta de cinemas, bares e teatros, buscando sensibilizar o leitor mais jovem para uma experiência artística que não possuía equivalente industrial. (SANTOS 2010 p 90)

De acordo com Gutierrez e Santos (2018, p. 44), os poetas pertencentes à Academia e à indústria cultural não viram com bons olhos o modo de produção da Poesia Marginal, portanto a criticaram, desqualificaram e a tacharam de “literatura do lixo ou lixeratura”. Em resposta a essas críticas, autores como Chacal escarnecem do termo com um de seus poemas:

ALÔ, É QUAMPA?

- não...- é engano.

- alô, é quampa?

- não, é do bar patamar.

- alô, é quampa?

- é ele mesmo. quem tá falando?

- é o foca mota da pesquisa do jota brasil. gostaria de saber suas impressões sobre essa tal de poesia marginal.

- ahhh... a poesia. a poesia é magistral. mas marginal pra mim é novidade. você que é bem informado, mi diga: a poesia matou alguém, andou roubando, aplicou algum cheque frio, jogou alguma bomba no senado?

- que eu saiba não. mas eu acho que é em relação ao conteúdo.

- mas isso não é novidade. desd`adão... ou você acha que alguém perde o paraíso e fica calado, nem o antônio.

- é verdade. mas deve haver algum motivo pra todos chamarem essa poesia de marginal.

- qual, essa!? eu tou achando até bem comportada. sem palavrão, sem política, sem atentado à moral cristantã .

- não. não to falando desse que se lê aqui. tô falando dessa outra que virou moda.

- ahhh.... dessa eu não tou sabendo. ando meio barro -bosta por isso tenho ficado quieto em casa. rompi meu retiro pra atender esse telefone. e já que ti dei algumas impressões você vai mi trazer as seguintes ervas pra curar meus dissabores: manacá carobinha jurubeba picão da praia amor do campo malva e salsaparrilha. até já foca mota. (CHACAL, 2007, p. 293)

Gutierrez e Santos (2018, p. 48) abordam além das críticas ao sistema governamental, aos valores morais e religiosos e ao desbunde, características como o desrespeito à estética formal, as expressões coloquiais tais como: “tô, tou, e me diga”, a pontuação irregular, a ironia, o deboche, o uso de palavras de baixo calão, o escárnio e o protesto como instrumento para ironizar a sociedade conservadora, Santos (2010, p. 92-93) ainda esclarece que os poetas da marginália ostentavam maneiras atrevidas e ousadas e complementa que:

O uso de palavras chulas, de baixo calão, - [...] aparece como dialeto cotidiano naturalizado e, não raro, como desfecho lírico. A obscenidade é uma forma de transgressão moral que tem função político-social, uma vez que exerce uma crítica corrosiva às estruturas culturais e morais da sociedade brasileira. (SANTOS, 2010, p. 92-93).



A tematização de orientações sexuais diferentes, escandalosas, prazeres vergonhosos, devassidão, é mais um modo que os poetas encontraram para denunciar o falso moralismo da sociedade conservadora, que se choca com o sexo e o palavrão, mas permanecem indiferentes diante de tortura, da censura, da violência urbana, da miséria, da corrupção, das guerras e outras barbáries.

Diana sd apresenta os autores que mais se destacaram na poesia marginal:

Cacaso (1944-1987) um dos maiores representantes da poesia marginal, sua voz se tornou um grito de liberdade. Suas obras mais famosas são: A palavra cerzida (1967); Grupo escolar (1974); Beijo na boca (1975); Segunda classe (1975); Na corda bamba (1978); Mar de mineiro (1982).

Chacal (1951) destacou-se juntamente com Cacaso. Suas obras mais famosas são: Preço da Passagem (1972); América (1975); Quampérius (1977); Olhos Vermelhos (1979); Boca Roxa (1979); Tontas Coisas (1982); Drops de Abril (1983); Comício de Tudo (1986); Letra Elétrica (1994); Belvedere (2007).

Paulo Leminski (1944-1989) escreveu contos, poemas, haicais, ensaios, biografias e outros. Suas obras de destaque são: Catatau (1976); Curitiba; Etcetera (1976); Não fosse isso e era menos/ não fosse tanto e era quase (1980); Caprichos e relaxos (1983); Jesus (1984); Distraídos Venceremos (1987); Agora É que São Elas (1984); Metamorfose, uma viagem pelo imaginário grego (1994).

Francisco Alvim (1938) fez parte do grupo inicial dos poetas marginais conhecidos como "Frenesi". Suas obras de destaque são: Sol dos Cegos (1968); Passatempo (1974); Dia sim dia não (1978); Festa e Lago, Montanha (1981); Poesias Reunidas (1988); O Elefante (2000); O Metro Nenhum (2011).

Torquato Neto (1944-1972) organizou a revista de poesias vanguardistas "Navilouca" (1974) e participou dos movimentos de contracultura. Suas obras são dispostas em dois volumes:

Torquatália: do lado de dentro e Geleia Real (2005) póstuma.

Ana Cristina César (1952-1983) é uma das principais figuras femininas da geração mimeógrafo. Suas obras de destaque são: Cenas de Abril; Correspondência Completa; Luvas de Pelica (1980); Literatura não é documento (1980); A Teus Pés (1982); Inéditos e Dispersos (1985).

Nicolas Behr (1958) grande representante da Geração mimeógrafo e da Poesia Marginal. Suas obras de destaque são: Iogurte com farinha (1977); Grande Circular (1978); Caroco de Goiaba (1978); Chá com Porrada (1978); Com a Boca na Botija (1979); Brasília Desvairada (1979); L2 Noves Fora W3 (1980); Porque Construi Braxília (1993); Segredo Secreto (1996); Umbigo (2001).

Para Gutierrez e Santos (2018, p. 48) os poetas marginais procuravam demonstrar que a liberdade não se conquistava com o uso de armas, mas através das questões diárias que se tornaram em instrumentos para que a poesia se transformasse na “arte libertadora” que conscientizavam acerca das injustiças e hostilidades cometidas pelos ditadores, de forma que as represálias ocorridas no passado permanecem na memória do Brasil para não cair no esquecimento todos os sofrimentos que viveram a geração mimeografo.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Poesia Marginal ou Geração Mimeógrafo surgiu como um movimento sociocultural que se opôs aos valores tradicionais das artes literárias. A insatisfação desse grupo pela imposição da ditadura no Brasil levou-os a viver à margem do formalismo tradicional e dos padrões de uma sociedade conservadora.

A Poesia Marginal influenciou alguns setores artísticos tais como a música, as artes plásticas, o cinema, o teatro e principalmente a

literatura. Com uma linguagem informal, temas do cotidiano e a utilização do erotismo, do sarcasmo, do humor, da ironia, da irreverência esses autores combatiam o sistema governamental e demonstravam o descontentamento e a reprovação dos valores morais, cristãos e burgueses da época.

Os poetas marginais não aceitavam a interferência do Estado e nem da indústria cultural e por isso suas obras eram produzidas manualmente com a utilização do mimeógrafo e comercializavam em bares, shows, teatros e até mesmo nas ruas, causando censura pela Academia e pela indústria cultural que desprezaram a poesia marginal taxando-a de literatura sem valor e inútil.

A Geração Mimeógrafo propiciou à juventude marginal um escape contra as opressões impostas pelo governo e a sociedade burguesa conservadora que deixou o seu legado na história do Brasil como armas de reflexão e conscientização de que acontecimentos como a ditadura e suas imposições não voltem a se repetir.

## REFERÊNCIAS

DIANA, Daniela. **Poesia Marginal**. Todamateria, sd. Disponível em: < <https://www.todamateria.com.br/poesia-marginal/>>. Acesso em 16 de outubro de 2020.

GUTIERREZ, Debora Priscila Arevalo; SANTOS, Vitor Cei. **Ética e Estética da Poesia Marginal**. *Literatura e Autoritarismo*, Santa Maria, n 32: Manifestações estéticas dissidentes, jul-dez. 2018. P. 41-54. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/1679849X34172>>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

SANTOS, Vitor Cei. **Poesia Marginal: Lírica e Sociedade em Tempos de Autoritarismo**. *Literatura e Autoritarismo*, n 16, jul-dez. 2010. Disponível em: <<http://w3.ufsm.br/grpesqla/revista/num16/>>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

SILVA, Carolina de Almeida. **Poesia Marginal dos Anos 70: A Produção Poética de Nicolas Behr**. 2015. 15f. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO. Disponível em: < <https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/80/o/TCEM2015-Literatura-CarolinaAlmeidaSilva.pdf>>. Acesso em: 16 de outubro de 2020.

## **PRINCIPAIS PROBLEMAS NA FABRICAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM FORMULAÇÕES SÓLIDAS, SEMI-SÓLIDAS E LÍQUIDAS**

Ana Paula Souza  
Eduarda Souza  
Fabiana Bianki  
Luiz Vieira  
Mayanna Moraes  
Thompson Bastista  
Vanessa Souza  
Keytiane De Jesus Viana Amaral

**Palavras chaves:** Fármacos; Molecular; Multi Partícula; Controle de qualidade; Etapas de produção; insumos.

### **1. INTRODUÇÃO**

Os fármacos são utilizados para profilática, terapêutica ou diagnóstica que devem ser aplicados ao paciente pelas vias mais adequadas, introduzidas por uma das formas farmacêuticas (FF) mais viáveis; sólidas, semi-sólidas ou líquidas. As FF sólidas de uso oral (FFSO) são as mais usadas. Após a aplicação de uma FFSO, as drogas devem ser liberadas e dissolvidas nos fluidos gastrintestinais para que ocorra a absorção e complete a função farmacológica desejada. As FFSO podem ser classificadas, conforme o tipo de autorização do medicamento, em produtos com liberação convencional ou variado (Pezzini, et al. 2007).

As FFSO com liberação imediata são produzidas para liberar o medicamento ligeiramente após a administração, sendo colocados nesses sistemas diluentes solúveis, favorecendo os processos de definição e invalidação do fármaco. Em compensação, as FFSO de liberação modificada são contempladas para articular a autorização do fármaco, retardando ou alongando a sua dissolução. Os objetivos podem ser: tornar a FF gastrorresistente, retardando o efeito

farmacológico, liberar o medicamento em um lote específico do trato gastrointestinal (TGI) ou após um prazo definido de tempo (Pezzini, et al. 2007).

Os termos liberação prolongada, lenta ou sustentada são empregados às FF desenvolvidas para liberar o fármaco progressivamente, mantendo a aproximação plasmática em níveis terapêuticos, por um período de tempo longo. Essas FF necessitam de uma administração com menor frequência se tratando das habituais, aumentando a adesão do paciente ao tratamento. Também reduzem as oscilações na concentração sanguínea do fármaco, evitando níveis sub terapêuticos ou tóxicos(Pezzini, et al. 2007).

Inúmeras tecnologias podem ser desenvolvidas para garantir a liberação gradual de um fármaco veiculado em uma FFSO e a capacidade de utilização das mesmas em sistemas multi partícula que aumenta a sua multifuncionalidade. As suas várias formas de método mais eficientes depende do seu custo-benefício, perfil de liberação desejado, características da droga, entre outros(Pezzini, et al. 2007).

São também considerados os métodos empregados para a avaliação das peculiaridades de dissolução dessas FF, com destaque para o aparato da Farmacopeia Americana. Contudo, são disponibilizados exemplares de produtos disponíveis no mercado brasileiro, com o objetivo de doutrinar a praticabilidade das FFSO de liberação prolongada, além de ponderar o perfil de aproveitamento dessas agregações pela indústria nacional (Pezzini, et al. 2007).

## **2. METODOLOGIA**

Através de pesquisas em artigos científicos tais como: "Administração tópica de fármacos das restrições aos desafios," entre outros, obtivemos conhecimento e nos munimos de informações para a formulação deste artigo, com base em nossas pesquisas foram construídos cada tópico aqui citado.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

#### **3.1 POMADAS**

A escolha de medicamentos em pomadas pode ser pela fácil aplicação do medicamento diretamente na pele através de moléculas seguras e eficazes. Há muitos fatores que envolvem na produção desses tipos de medicamentos, desde a seleção dos fármacos para melhor formulação final. As pomadas são mais indicadas para uma aplicação direta sobre a pele, sendo uma das melhores vantagens é desenvolver efeitos adversos e menos toxicidade para os outros órgãos, porém a sua maior desvantagem é que algumas pomadas podem causar reações alérgicas (LOURENÇO; 2013).

#### **3.2 XAROPES**

A formulação líquida, mais precisamente os xaropes possuem características positivas e que aderem bem para idosos e crianças onde o mesmo é liberado para absorção com mais rapidez. Todavia existem nos xaropes características negativas quanto à estabilidade de prateleira o que pode desencadear a proliferação de microorganismos e também apresentar sabor desagradável e não característico ( GONÇALVES, et al. 2017)

Na indústria farmacêutica vários são os riscos relacionados ao processo produtivo, entre eles podemos destacar as contaminações cruzadas, as contaminações microbianas, as misturas e também as trocas de excipiente. Um exemplo clássico de contaminação foi no Haiti onde 88 crianças morreram com insuficiência renal aguda devido ao fato de ingerirem xarope de paracetamol . A glicerina utilizada para a fabricação do mesmo, estava contaminada com 24% de dietilenoglicol( TEIXEIRA, 2012).

Para a fabricação de xaropes as indústrias seguem rígidos padrões de qualidade, tanto na etapas de escolha de insumos como também na maneira que o mesmo é armazenado. As boas práticas na fabricação de medicamentos exigem total controle de qualidade para assegurar que o medicamento não sofra com contaminação ou falha na embalagem. É essencial manter na indústria farmacêutica um gerenciamento de resíduos, testes periódicos com amostras de matérias primas entre outras ações que possibilita um total controle em todas as etapas da produção de xaropes, sólidos e semi-sólidos ( AZEVEDO, 2008).

### **3.3 COMPRIMIDOS**

Vários quesitos são analisados na produção de um fármaco sólido, o perfil do mesmo sofre inúmeros problemas de fabricação, incluindo o grânulo, gravação, revestimento, embalagem e sua identidade visual. Entende-se que o núcleo do comprimido possui dureza, não na mesma intensidade que seu ambiente periférico, levando assim a ocorrer a erosão do núcleo durante o procedimento de revestimento. (THOMAS, 2019).

Também é necessário estar sempre atento para a quantidade correta de cada substância, pois se não houver uma vigilância rígida, o excesso de alguns componentes podem resultar em problemas de compactação, a força também deve ser sempre regulada, pois, a força excessiva na punção pode ocasionar falha ferramental e promover a danificação da compressora, levando assim mais uma remessa danificada. (THOMAS, 2019).

### **3.4 CÁPSULAS**

Muitas vezes, a primeira pessoa que percebe uma cápsula rachada e fissurada é o consumidor. Isso é obviamente o pior cenário

possível para qualquer fabricante de qualidade. Se o consumidor testar este produto com fugas, a impressão negativa que ele levará pode ser durável. Quando os fabricantes conhecem sobre o enfraquecimento das cápsulas de duas peças, as perguntas são geralmente sobre as condições de armazenamento da cápsula ou a fabricação da cápsula vazia. Embora estes são fatores críticos na estabilidade do corpo das cápsulas, existem muitos outros fatores que jogam um papel importante e, quando combinados, pode causar problemas. As seguintes questões, são áreas ao longo da cadeia de abastecimento, nas quais as cápsulas geralmente podem se enfraquecer e rachar:

- **ARMAZENAMENTO E TRANSPORTE**

O armazenamento das cápsulas em áreas muito quentes ou frias irá afetar o nível de umidade das cápsulas. Em todas as áreas de armazenamento, é importante assegurar que as cápsulas estejam dentro da faixa de temperatura recomendada mostrada nas caixas das cápsulas. Se você não pode controlar a umidade em seu armazém, certifique-se que as faixas de temperatura são cumpridas. (LEE, 2017).

- **FORMULAÇÕES**

Algumas fórmulas são higroscópicas, ou seja, que extraem a umidade do ambiente. Uma cápsula de gelatina contém mais umidade do que uma de hipromelose e tende a perder umidade mais rapidamente. Quando as fórmulas são higroscópicas, uma cápsula de hipromelose geralmente é uma aposta segura. Para as fórmulas que extraem a umidade é aconselhável evitar a utilização de cápsulas coloridas com níveis elevados de dióxido de titânio (o ingrediente que faz com que as cápsulas sejam opacas), pois pela sua natureza, as



cápsulas opacas são mais frágeis. (LEE, 2017).

- **ENCHIMENTO DA CÁPSULA**

As condições no quarto de enchimento são essenciais em termos de umidade e temperatura. Durante os meses frios do inverno, os sistemas de aquecimento secam o ar até o ponto que podem se registrar níveis de umidade relativa entre 15-20%. As cápsulas expostas a este ar seco podem perder a umidade em minutos, tornando-se frágeis. Para esse período, pode usar umidificadores industriais portáteis para manter a umidade relativa numa faixa adequada de 45-50%. (LEE, 2017).

- **EMBALAGEM**

Durante a embalagem, há diversas fontes de calor e de impacto que podem contribuir para a fissuração da cápsula, geralmente depois de ter uma perda de umidade significativa durante o armazenamento, a formulação ou outros processos. (LEE, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dos resultados deste estudo, podemos ressaltar nestas considerações finais, que a inovação em formulações para fármacos é alvo de grande parte dos estudos na indústria farmacêutica. Embora as formas farmacêuticas servem para facilitar a administração, tanto para a garantia a precisão da dose, e no mesmo protege a substância durante o percurso pelo organismo, também ajuda a facilitar a ingestão da substância ativa.

Demonstrou que a formulação de fármacos em formas farmacêuticas exige a interpretação e aplicação de uma ampla variedade de informações oriundas de várias áreas de estudo.

Embora as propriedades físicas e químicas dos fármacos e dos adjuvantes necessitam ser compreendidas, os fatores que influenciam a absorção do fármaco e as condições inerentes à doença a ser tratada também devem ser considerados, quando identificamos potenciais vias de liberação.

## **REFERÊNCIAS**

AZEVEDO, Sandra. **Gerenciamento de resíduos no laboratório farmacêutico do estado do Rio Grande do Sul como contribuição para a otimização da produção de medicamentos.** Porto Alegre/RS. p. 59-60. 2008.

B. R. Pezzini, M. A. S. Silva, H. G. Ferraz **Formas Farmacêuticas Sólidas Orais de Liberação Prolongada: Sistemas Monolíticos e Multiparticulados.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences vol. 43, n. 4, out./dez., 2007.

GONÇALVES, et al. **Produção de formulações líquidas contendo cloreto de potássio associado a diferentes corretivos de aroma e sabor.** Bragança Paulista/SP.p.02-03.2017.

LOURENÇO. A.R.N. **Administração tópica de fármacos- das restrições aos desafios-** Lisboa, Novembro, 2013.

TEIXEIRA, Mônica. **Análise de risco na indústria farmacêutica.** PUC/GO. Goiânia/GO. p.03-04.2012.

TOMAS, Felicity. **“Under Pressure”:** **Suplemento de desenvolvimento e manufatura de drogas de dosagem sólidas.** São Paulo. Abril, 2019.

LEE, Stephen. **Como evitar a fissuração nas cápsulas, desde a produção até o consumidor.** Uma análise de técnicas. 2017. Disponível em: <<http://www.farmacapsulas.com/pb/prevenir-agrietamiento-las-capsulas-desde-la-fabrica-consumidor/>>. Acesso em: 17/10/2020.

## **A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO EDUCACIONAL E SEU CONTEXTO HISTÓRICO**

Maria Madalena Silva Pontes Araújo  
Eulayla Munik da Silva Cortêz Amaral  
Kerlly Lorraine da Silva Mendonça  
Ana Paula Campos Ribeiro  
Naiury Campos de Souza Rodrigues  
Micheli dos Santos Souza  
Tatiane Felipe Lopes

**PALAVRAS CHAVES:** Educação Básica, Avaliação das aprendizagens, Estudantes.

### **1. INTRODUÇÃO**

O artigo a seguir irá analisar sobre o contexto histórico do processo avaliativo educacional e o que é avaliar, logo em seguida será abordado sobre a importância da avaliação dentro do ambiente escolar.

No decorrer do texto iremos tratar sobre o significado do termo avaliar, o que o mesmo significa e como devemos trabalhar em sala de aula e como está ocorrendo as avaliação escolares nos dias atuais, da mesma forma também examinaremos como as instituições de ensino estão avaliando seus educandos de acordo com o que a Constituição Federal de 1988 está propondo as escolas.

Apresentaremos na estrutura do trabalho algumas formas de avaliar o aluno, de maneira que o mesmo se sinta seguro para ser avaliado, pois muitos educandos se sentem apreensivos quando estão passando pelo processo avaliativo, e desta forma não conseguem atingir a nota estipulada. Visto que os estudantes ficam ansiosos, preocupados, nervosos e com muito medo só de pensar em ser observados por uma avaliador, estes fatores prejudicam os avaliados de modo direto que os mesmos não conseguem alcançar a nota

desejada ou até mesmo não conseguem participar da avaliação.

Também será apontado os pontos positivos que a avaliação traz para o educador e para o educando, analisando como estes pontos positivos poderá ser acrescentado na vida acadêmica do aluno e na vivência profissional do docente.

## **2. METODOLOGIA**

O estudo aqui relatado é resultado de pesquisas bibliográficas realizadas em artigos científicos, livros, e revistas eletrônicas, além de discussões e troca de informações feitas por meio de aplicativo de mensagens instantâneas, a fim de adquirir melhor compreensão acerca da temática abordada. Este artigo fará apontamentos pautados na Constituição Federal de (1988,) e Lei de Diretrizes e Bases de 1996 (LDB), além de argumentos na visão de alguns autores dentre eles: Conceição (2016), Luckesi (1998), Varela (2007).

Para a realização prática deste trabalho foi feita pelas autoras deste artigo, a explanação do conteúdo abordado, via *web* conferência por meio do aplicativo *Google meet*, trazendo esclarecimentos sobre o contexto histórico da avaliação, e o que é avaliar com o auxílio de slides.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Compreende-se que a sociedade tem o processo de avaliação como um hábito que nos acompanha frequentemente, avaliamos tudo ao nosso redor sem mesmo perceber, porém quando se fala em avaliação geralmente nossa memória nos leva sempre a refletir no cenário educacional, por isso, se faz necessário analisar o contexto histórico da avaliação, desde seu surgimento na educação Brasileira e até os dias atuais para que seja possível compreender como o aperfeiçoamento da avaliação foi benéfica para os alunos e

professores, essa evolução trouxe a possibilidade de ampliar a visão dos docentes sobre a avaliação e como ela deve ser realizada de acordo com a peculiaridade de cada aluno. De acordo com Conceição (2016):

"A avaliação se inicia no Brasil por volta de 1599, com a chegada dos Jesuítas no Brasil, no qual foi publicado um documento, intitulado Ratio Atque Institutio Studiorum Societatis Jesus, que em português, significa Ordenamento e Institucionalização dos Estudos na Sociedade de Jesus, popularmente conhecido como Ratio Studiorum. (CONCEIÇÃO, 2016,S/P.)

Esse documento que determinava como seria administrada as práticas pedagógicas nas escolas Jesuítas, onde o ensino era voltado para a catequização e memorização, o professor era considerado o detentor de todo o conhecimento, e as informações passadas por ele eram consideradas verdades absolutas e os alunos não tinham liberdade para argumentar ou questionar". Luckesi, (1998) afirma que :

Nesse documento está normatizado que, no momento das provas, os estudantes não poderão solicitar nada que necessitem (nem aos seus colegas, nem ao profissional que toma conta da turma); não deverão sentar-se em carteiras conjugadas (mas caso isso ocorresse, o professor deveria prestar muita atenção ao comportamento dos dois alunos, para que um não copiasse a resposta do outro); o tempo da prova deverá ser previamente estabelecido e não eram permitidos acréscimos de tempo. (LUCKESI , 1998,S/P.)

O ensino era passado aos alunos, que tinham como obrigação decorar as informações, para que no momento da avaliação eles conseguissem reproduzir o que havia aprendido. A avaliação era realizada através de provas, o aluno que conseguisse sobressair e atingisse a média seria aprovado, também havia punições para aqueles alunos que não obtivesse um bom desempenho. Os alunos eram punidos ou premiados isso de acordo com o seu rendimento escolar.

Como podemos compreender, esse método avaliativo

tradicional trazido pelos Jesuítas fez e ainda faz parte do cenário educacional de muitas instituições de ensino, onde o aluno é submetido a realização de provas semestrais e o seu conhecimento é avaliado de acordo com seu desempenho durante as provas, no entanto, o processo de avaliação vem sofrendo diversas modificações com o passar dos anos e houve a necessidade do surgimento de outras formas de avaliação.

A avaliação nos dias atuais vem acontecendo de forma mais flexível e com um olhar diferenciado em relação aos alunos, é uma maneira de conhecer as dificuldades, os avanços e retrocessos do educando. A avaliação se torna então uma ferramenta indispensável para que o professor e equipe gestora coloque em prática novos projetos Pedagógicos.

De acordo com Silva (2020), existem vários tipos e registros onde pode ser avaliado o desempenho do discente dentro eles estão: registro das atividades pedagógicas realizadas, observação dos alunos nas aulas, anotações da participação nas atividades, debate entre os alunos, trabalhos em grupos, auto avaliação, provas e testes, portfólio dos trabalho no ano letivo.

O método tradicional de avaliação dos Jesuítas ainda é aplicado em algumas instituições educacionais, mas ele vem sendo aperfeiçoado com o decorrer dos anos. Permitindo o educador avaliar o docente de acordo com o perfil de cada aluno.

De acordo com Padilha (2013), Neto (2013) e Sousa (2013) "A palavra avaliar é o substantivo feminino que significa **ato de avaliar**, ou remete para o efeito essa avaliação. Pode ser sinônimo de **estimativa** ou **apreciação.**"

Compreende que na avaliação educacional, a apreciação dos alunos devem ocorrer de modo diário e contínuo, durante todo o ano letivo, sendo assim é importante ressaltar que na atualidade a Educação Básica brasileira o ensino deve acontecer de forma crítica, criativa e inovadora, pois os docentes deixam de estar no centro do

saber e passam a ser o mediador do conhecimento entre seus alunos, dando a oportunidade de construir juntos a associação e aquisição do conhecimento adquirido em sala de aula.

Podemos notar, que ainda existe algumas instituições escolares (públicas e privadas) que estão avaliando seus alunos somente com o método tradicional, visando sempre a competição e classificação, ou seja, a aprovação dos estudantes somente por meio das provas e notas obtidas durante os semestres, com isso, faz com que os alunos que não se saíram bem nesse processo de avaliação sejam reprovados, sendo assim, a escola precisa ampliar seus processos avaliativos de modo que seus alunos alcancem uma compreensão ampla do ensino-aprendizagem.

O processo de aprendizagem dos alunos deve acontecer em conformidade com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 206 incisos I e II, garantem aos educandos: "A igualdade de condições para o acesso e permanência na escola; e a liberdade de aprender, ensinar, pesquisar e divulgar o pensamento, a arte e o saber". (CF/88)

Sendo assim, o contexto socioeconômico e as particularidades do desenvolvimento cognitivo de cada estudante, deve ser uns dos fatores que também interfere no processo de avaliação das aprendizagens do Ensino Básico Brasileiro, por isso, é importante que o aluno sempre tenha o acompanhamento de forma diária e contínua no processo de avaliação do desenvolvimento e aprendizagem cognitivo, social, físico e afetivo. Com isso, o docente conseguirá ampliar as habilidades e competências de seus alunos em sala de aula e conseguirá contribuir para que os mesmos se tornem cidadãos reflexivos, críticos, ou seja, prontos para conviver em sociedade. Luckesi (2000) define a avaliação da aprendizagem como:

um ato amoroso no sentido de que a avaliação, por si, é um ato acolhedor, integrativo, inclusivo. Para compreender isso, importa distinguir avaliação de julgamento. O julgamento é

um ato que distingue o certo do errado, incluindo o primeiro e excluindo o segundo. A avaliação tem por base acolher uma situação, para, então (e só então), ajuizar a sua qualidade, tendo em vista dar-lhe suporte de mudança, se necessário. A avaliação, como ato diagnóstico, tem por objetivo a inclusão e não a exclusão; a inclusão e não a seleção - que obrigatoriamente conduz à exclusão. (LUCKESI, 2000, p.172).

Percebe-se que o processo avaliativo é de suma importância para os docentes e discentes, mesmo dividindo opiniões, para alguns a avaliação tradicional que ocorre por meios de provas só prejudicam alguns alunos, pois muitos não conseguem expressar em um papel o que aprendeu no decorrer do conteúdo apresentado na sala de aula. Agora para os que são a favor deste método avaliativo, afirma que só é possível medir o grau de aprendizagem por meios de provas escritas, assim deslocando o aluno para outra nível de ensino (série). De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases N° 9394/1996 (LDB) no seu artigo 24 afirma que:

Independentemente de escolarização anterior, mediante avaliação feita pela escola, que defina o grau de desenvolvimento e experiência do candidato e permita sua inscrição na série ou etapa adequada, conforme regulamentação do respectivo sistema de ensino; Avaliação contínua e cumulativa do desempenho do aluno, com prevalência dos aspectos qualitativos sobre os quantitativos e dos resultados ao longo do período sobre os de eventuais provas finais;(LDB, 1996)

Portanto através do diagnóstico feito pelo educador é possível analisar o grau de absorção do conteúdo feito pelo discente, deste modo o professor pode fazer uma autoavaliação de si mesmo, assim poderá buscar novos métodos de ensino de acordo com o aprendizagem desenvolvida pelo seus alunos em sala de aula.

Conforme Santos e Varela( 2007),

ao avaliar o professor deve utilizar técnicas diversas e instrumentos variados, para que se possa diagnosticar o começo, o durante e o fim de todo o processo avaliativo, para que a partir de então possa progredir no processo didático e retomar o que foi insatisfatório para o processo de aprendizagem dos educandos.(SANTOS e VARELA 2007,pg 03.)



Os autores ressaltam a importância da variação de ferramentas utilizadas no processo de avaliação educacional, e de sempre fazer um diagnóstico prévio dos conhecimentos já existentes de seus alunos, para que seja possível definir a melhor metodologia de trabalho a ser desenvolvida. É importante que o docente esteja atento às diversidades de aprendizagens presentes no seu ambiente escolar, para que seja possível identificar a dificuldade de cada aluno e como ele deverá ser avaliado.

É extremamente importante que o docente esteja sempre avaliando os resultados alcançados durante um curto período do ensino ministrado em sala de aula, para que assim possa dar continuidade, ou então rever o ensino e aprendizado dos alunos, é pensando nesse quesito que o planejamento e a avaliação educacional deve ser de forma flexível, para que quando necessário, o professor possa fazer mudanças que podem beneficiar o ensino e aprendizagem dos alunos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nas avaliações das aprendizagens das instituições escolares atuais, quando o professor planeja e faz um diagnóstico das habilidades e competências de seus alunos, ele (docente) deve em primeiro lugar conhecê-los e saber das dificuldades de cada discente de forma singular, para que assim, possa fazer uma avaliação de maneira mais compreensiva, visando sempre o alcance de seus objetivos, que é a capacitação e assimilação dos conteúdos abordados em sala de aula, desse modo o estudante conseguirá desenvolver e reproduzir o que aprendeu durante todo o ano letivo.

Os métodos avaliativos educacionais são ferramentas que auxiliam os professores durante todo ensino e aprendizado dos educando, sendo assim, ajudam a promover as condições dos alunos a se tornarem cidadãos pensantes, sabendo reconhecer seus direitos

e deveres perante a sociedade.

A avaliação escolar deve ser um processo diário, pois os professores em sala de aula devem ser os mediadores auxiliando sempre seus alunos no modo do desenvolvimento de suas habilidades e competências, no qual poderá florescer o seu lado físico, intelectual, social, afetivo e crítico, assim garantindo sempre o ensino e aprendizagem educacional de qualidade.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1998. BRASIL

BRASIL. Lei nº 9394, de 20 de Dezembro de 1996. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 1996, n. 248, 23 Dez.1996.

CONCEIÇÃO, José. **Conceito histórico de avaliação escolar**. Revista educação pública, Edição V. Vol.20. RJ, 2016. Disponível em : <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/16/1/contexto-historico-da-avaliacao-escolar>. Acesso em: 14/ OUT/2020.

LUCKESI, C.C. **Avaliação da Aprendizagem Escolar**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. **O que é mesmo o ato de avaliar a aprendizagem?** Pátio, Rio Grande do Sul, n.12, p. 6-11, fev/mar. 2000.

SANTOS, Monalize VARELA, Simone. **Avaliação como um instrumento diagnóstico da construção do conhecimento nas séries iniciais do ensino fundamental**. Revista Eletrônica de Educação, ano 2007.

SILVA, Gabriele. **Importância da avaliação da aprendizagem para o desenvolvimento escolar**. disponível em: <https://www.educamaisbrasil.com.br/educacao/escolas/importancia-da-avaliacao-da-aprendizagem-para-o-desenvolvimento-escolar>. Acessado em: 14/out/2020 as 15:30 hs.

PADILHA, Adriano; NETO, Carlos; SOUSA, Stella. **Significados de Avaliação**. disponível em: <https://www.significados.com.br/avaliacao/>. Acesso em: 14/out/2020 as 14:30 hs.

## **DISCOPATIAS - HÉRNIA DE DISCO: UMA BREVE REVISÃO DA LITERATURA**

Jaqueline Santos da Silva Alves  
Joaquim Altino de Moura Filho  
Rosimeire José dos Santos Lima  
Joyce Angelica Dourado Pereira  
Leo Filomeno dos Prazeres  
Gustavo de Lima Santos  
Cindy de Jesus Silva Almeida

**Palavras-chave:** Coluna; Hérnia; Disco.

### **1. INTRODUÇÃO**

Neste trabalho abordaremos e discorreremos sobre as Discopatias, com foco na Hérnia de disco, entender o que é, como ela aparece, como é seu tratamento e como é o modo de vida após adquiri-la.

O objetivo é, disseminar de maneira simples as Discopatias, para que assim possamos ter um melhor entendimento e clareza, demonstrando de forma objetiva como identificar se possuímos hérnia de disco ou não.

Abordaremos que as Discopatias são patologias voltadas para a região da nossa coluna, onde o profissional da área da saúde pode diagnosticar e tratar a hérnia de disco de maneira que o paciente possa levar uma vida normal, obtendo conhecimento de todas as características do paciente/aluno, as quais deverão ser levadas em consideração, para assim verificar qual o melhor e mais específico tipo de exercício/tratamento se adequa melhor a ele.

## **2. METODOLOGIA**

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho, foi a revisão bibliográfica, sendo utilizados diversos artigos científicos, para a elaboração das hipóteses e discussão dos resultados alcançados. Trata-se de um estudo direcionado sobre Discopatias, com foco na Hérnia de Disco, entender como ela se instaura no nossa coluna, quais os riscos para nossa saúde e como podemos tratar a patologia, com a leitura de um grupo acadêmico da área da saúde, sendo formado por educadores físicos e fisioterapeutas.

A bibliografia utilizada, parte do ano de 2004, para que as informações utilizadas na composição e construção do artigo, tenham informações mais concretas e bem fundamentadas sobre o assunto.

## **3. RESULTADOS e DISCUSSÃO**

A hérnia de disco se trata de uma patologia que atinge grande parte da população, independente de sexo, raça ou idade. De acordo com Hospital Sírio-Libanês, 2019:

A hérnia de disco é causada pelo envelhecimento, desgaste ou deslocamento do disco intervertebral, que é uma espécie de sistema que absorve o impacto da movimentação do corpo, localizado entre as vértebras.

Já a Biblioteca Virtual em Saúde, 2015, nos traz as seguintes informações a respeito do conceito da hérnia de disco, sendo ela:

A coluna vertebral é composta por vértebras, em cujo interior existe um canal por onde passa a medula espinhal ou nervosa. Entre as vértebras estão os discos intervertebrais, estruturas em forma de anel, constituídas por tecido cartilaginoso e elástico cuja função é evitar o atrito entre uma vértebra e outra e amortecer o impacto. Os discos intervertebrais desgastam-se com o tempo e o uso repetitivo, o que facilita a formação de hérnias de disco, ou seja, parte deles sai da posição normal e comprime as raízes nervosas que emergem da coluna. O problema é mais frequente nas regiões lombar e cervical, por serem áreas mais expostas ao movimento e que suportam mais carga.

Desta forma, conseguimos compreender melhor o que é uma hérnia disco, e onde ela se localiza, na maioria dos casos.

### **3.1 Causas**

Segundo o Hospital Sírio-Libanês, 2019:

[...] a formação da hérnia de disco provoca um processo inflamatório agudo, que geralmente causa dor no nervo ciático, iniciado na região da coluna lombar, passa pelas nádegas e vai até a parte mais baixa de uma ou das duas pernas.

Por outra vertente, a Biblioteca Virtual em Saúde, 2015 nos diz da seguinte forma como é causada a hérnia de disco:

Predisposição genética é a causa de maior importância para a formação de hérnias discais, seguida do envelhecimento, da pouca atividade física e do tabagismo. Carregar ou levantar muito peso também pode comprometer a integridade do sistema muscular que dá sustentação à coluna vertebral e favorecer o aparecimento de hérnias discais.

Com isso, fica claro o que é uma hérnia de disco e como ela é causada, através de quais fatores levam ao aparecimento, o que nos remete aos cuidados que devem ser tomados para evitar seu aparecimento.

Desta maneira podemos observar que a epidemiologia da hérnia de disco, é uma patologia comum e possui sintomas específicos, segundo dados do IBGE atinge mais de 5 (cinco) milhões de pessoas no país, algumas herniações dos discos vertebrais cursam assintomáticas, já outras possuem sintomas específicos, estudos apontam que a idade média para os primeiros sintomas é de 37 (trinta e sete) anos.

### **3.2 - Anatomia do disco intervertebral:**

São discos elásticos que formam as articulações fibrocartilagíneas entre as vértebras da coluna vertebral adjacentes. Consiste tipicamente em um núcleo pulposos em forma de círculo com um anel fibroso. Na parte do ânulo fibroso, há duas partes onde podem ser identificadas. A parte externa onde está fortemente ancorada nas vértebras da coluna, em conjunto com os ligamentos longitudinais. Onde é a porção ligamentar do ânulo fibroso. A parte de dentro forma um denso envelope esferoidal em volta do núcleo pulposos. É esse núcleo pulposos, que ocupa a parte de dentro do disco vertebral, tem a cor branca, brilhante e aspecto semi-gelatinoso. É plástico e comporta-se como um fluido. (NATOUR, et al., 2004).

### **3.3- Estrutura Histológica e Bioquímica:**

A parte externa do ânulo fibroso é formada pela quantidade de 10 a 12 lamelas concêntricas de fibras, distribuídas em forma de espiral, com um ângulo de 65 graus com vertical. A parte interna é constituída por fibrocartilagínea. (NATOUR, et al., 2004).

Já o núcleo pulposos é um núcleo central, com a matriz proteoglicanos onde é bem hidratada. Essa quantidade de água e máximo no nascimento e com o passar dos anos o conteúdo aquoso tem uma variação de 1 a 2 cm na altura do disco. Com a idade mais avançada, todo o disco tende a se tornar fibrocartilagíneo, adelgaçando-se e assim sofrendo fissuras. (NATOUR, et al., 2004).

### **3.4 - Funções:**

#### **3.4.1. Ânulo fibroso:**

- Ajuda a estabilizar as vértebras da coluna;
- Permite a movimentação entre os corpos vertebrais;

- Atua como ligamento acessório;
- Retém o núcleo pulposo em sua posição;
- Funciona como amortecedor de forças. ( NATOUR, et al., 2004).

### **3.4.2. Núcleo pulposo:**

- Funciona como mecanismo de absorção de forças;
- Troca líquido entre o disco e capilares vertebrais;
- Funciona como um eixo vertical de movimento entre duas vértebras. (NATOUR, et al., 2004).

### **3.4.3 Topografia e Características especiais:**

- São responsáveis por um quarto do comprimento da coluna Vertebral;
- São mais finos nas regiões torácicas e mais espessos na região lombar;
- Os discos cervicais e lombares são mais espessos na porção anterior que na posterior, contribuindo para a formação dessas curvaturas secundárias. (NATOUR, et al., 2004).

Desta maneira, é possível identificar o quadro clínico, juntamente com os sinais e sintomas. Os mais comuns dos sintomas são as dores localizadas onde existe lesão do disco, e essas dores podem se espalhar para outras partes do corpo.

Quando as dores ou então as alterações nas sensibilidades se expandem para as regiões superiores dos ombros, mãos, dedos e os braços denominam se então a hérnia de disco na coluna cervical, já se for na lombar as dores se espalham para as pernas e os pés, também podem sentir formigamento, ardência, dormência e dores na parte interna da coxa. Os relatos são que é uma dor irritante e não há uma posição se quer que melhore ou então quando vão dormir, e isto acontece porque nesse momento o corpo fica relaxado e os discos reidratam-se, o seu volume aumenta, e por conseguinte comprimem as raízes nervosas.

Em casos mais graves, a compressão poderá ocasionar perda de força nas pernas e também incontinência urinária. (Montenegro, 2020).

Assim como cita, Montenegro, 2020:

- Dor nas costas há mais de três meses;
- Coluna torta quando entra em crise;
- Dor noturna que piora durante o sono e que permanece ao acordar;
- Dor que piora ao ficar em pé com a perna estendida;
- Bastante dificuldade para ficar sentado por mais de 10 minutos;
- Redução de força em uma das pernas ou nas duas;
- Impossibilidade de ficar de ponta de pé com uma das pernas;
- Dor, formigamento ou dormência nos membros;
- Dificuldades extremas para segurar a urina;
- Redução do rendimento e desânimo para a realização de atividades rotineiras;
- Dores de cabeça associadas a dores na região da nuca e que se prolongam para os ombros;
- Dificuldades para se locomover ou levantar algum objeto.

Estes sintomas apresentam uma série de problemas para a coluna vertebral, pois o recomendado é que não tomem qualquer remédio por conta própria e também não esperar a dor melhorar sozinha, estes sintomas não devem ser ignorados, especialmente quando notam a presença de um ou mais sintomas listados acima. Amenizar a dor com o uso de medicamentos por conta própria ou medicamentos caseiros e colocar a sua saúde em risco, o correto é investigar a causa das dores juntamente com o especialista para que possa resolver o problema pela raiz não somente pelos efeitos que ele manifesta, sendo assim será tratado de forma adequada e eficaz. (Montenegro, 2020).

Seguindo, podemos identificar as fases da hérnia de disco, de acordo com a sua degradação, que são 4 (quatro), sendo elas, o abaulamento discal, a protrusão discal, a hérnia de disco e o sequestro ou fragmento. Pois de acordo com Dr Hérnia, 2020, as fases são descritas da seguinte forma:

1ª Fase – Abaulamento discal: Etapa inicial da doença.



O disco intervertebral começa a apresentar sintomas de envelhecimento e suas fibras (anel fibroso) apresentam fissuras que levam o disco a uma forma de arco. É como uma câmara de pneu velha que perde a capacidade de manter sua forma natural, formando-se bolhas.

2ª Fase – Protrusão discal: Nessa etapa o abaulamento do disco é maior podendo atingir nervos, medula e saco dural. A doença está em uma fase mais avançada, normalmente acompanhada de início de degeneração discal.

3ª Fase – Hernia de Disco: A hernia de disco consiste em uma extrusão do disco vertebral, normalmente contendo o núcleo pulposo do disco intervertebral envolvido pelo anel fibroso já em estágio avançado de degeneração. As estruturas nervosas estão comprometidas pelo estreitamento dos canais por onde passam os nervos, medula ou saco dural (canal medular).

4ª Fase – Seqüestro ou Fragmento: Essa é a etapa mais rara da patologia, e consiste na ruptura da parte herniada com o disco intervertebral. Parte do disco que se encontrava extruso se separa do disco e acaba comprometendo as estruturas nervosas, dependendo da posição do fragmento.

Já Quemelo, 2018, nos traz as seguintes informações:

A dor lombar (lombalgia) é um distúrbio incapacitante que afeta grande parte da população adulta em todo o mundo. Uma das principais causas é a degeneração e lesão do disco intervertebral (discopatia), que é caracterizada pela diminuição progressiva do conteúdo de proteoglicanos no núcleo pulposo, levando à desidratação do disco e à perda de suas propriedades morfo funcionais e biomecânicas.

As lesões dos discos intervertebrais normalmente caminham dentro do seguinte processo: degeneração do disco (perda de água), posteriormente ocorre lesão parcial com fissura e abaulamento do ânulo fibroso do disco intervertebral (protusão discal) e finalmente a ruptura total do ânulo fibroso e extravasamento do núcleo pulposo para o canal medular ou forame intervertebral, provocando compressão da medula e/ou nervos do seguimento herniado.

Com isso identificamos as fases da hérnia de disco, onde cada fase nos traz um sintoma que ajuda na identificação e direcionamento do melhor tratamento.

O tratamento para uma hérnia de disco e aliviar a dor além de

aumentar a capacidade funcional, o procedimento e os quadros sintomáticos de hérnia discal e as opções não cirúrgicas, através de medicamentos anti-inflamatórios não esteroides. Os relaxantes musculares podem ser úteis no manejo dos espasmos e dor. A fisioterapia também pode estar sendo usada para o tratamento dos pacientes que consigam realizar exercícios físicos. Um programa de exercícios bem elaborado ao tratamento clínico ajuda a uma melhora da dor ciática e de incapacidade funcional. (Sussela, et al., 2017).

Temos também o tratamento cirúrgico que dá o alívio rápido dos sintomas resultantes da inflamação da hérnia de disco, esta cirurgia ela só é indicada para pacientes que estão com o estado da hérnia discal já bem agravante com sintomas radiculopatia cervical; evidência de compressão, da raiz nervosa cervical, e persistência da dor após 6-12 semanas durante o tratamento funcional. (Sussela, et al., 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com este trabalho, conseguimos entender e elucidar melhor sobre as Discopatias, focando na Hérnia de Disco, de maneira que ficou bem simples e descomplicada a forma de entendimento, de como são feitas as avaliações, os diagnósticos e o tratamento.

Conseguimos observar que existem métodos e ferramentas utilizadas para a facilitação das avaliações, as quais são bastante usadas para aumentar a assertividade da avaliação do paciente/aluno.

## REFERÊNCIAS

1 - Biblioteca Virtual em Saúde. **HÉRNIA DE DISCO**. 2015. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/2043-hernia-de-disco>>. Acessado em 14 de Outubro de 2020.

2 - Dr Hérnia. **FASES DA HÉRNIA DE DISCO**. 2020. Disponível em: <<https://www.doutorhernia.com.br/noticia/fases-da-hernia-de-disco>>. Acessado em 14 de Outubro de 2020.

3 - Hospital Sírio-Libanês. **HÉRNIA DE DISCO: O QUE CAUSA O PROBLEMA + TIPOS DIFERENTES DE DOR E TRATAMENTO**. 2019. Disponível em: <<https://www.hospitalsiriolibanes.org.br/imprensa/noticias/Paginas/Hernia-de-disco-o-que-causa-o-problema-tipos-diferentes-de-dor-e-tratamento.aspx#:~:text=Press%2DReleases-,H%C3%A9rnia%20de%20disco%3A%20o%20que%20causa%20o%20problema%20%2B%20tipos,diferentes%20de%20dor%20e%20tratamento&text=A%20h%C3%A9rnia%20de%20disco%20%C3%A9,corpo%2C%20localizado%20entre%20as%20v%C3%A9rtebras>>. Acessado em 14 de Outubro de 2020.

4 - MONTENEGRO, Helder. **HÉRNIA DE DISCO: SINTOMAS E TRATAMENTO**. 2020. Disponível em: <<https://www.itcvertebral.com.br/hernia-de-disco/>>. Acessado em 14 de Outubro de 2020.

5 - NATOUR, Jamil. Et al. **COLUNA VERTEBRAL: CONHECIMENTOS BÁSICOS**. Editora Etcetera: editora de livros e revistas, 2004. Disponível em: <[https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.profedf.ufpr.br/rodackibiomecanica\\_arquivos/Coluna%2520Vertebral.pdf&ved=2ahUKEwiRka6j5LfsAhUmK7kGHQSTAW8QFjABegQIAhAB&usq=AOvVaw0V6HsyaMUKL6IIIAKWy8cq&cshid=1602805773907](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=http://www.profedf.ufpr.br/rodackibiomecanica_arquivos/Coluna%2520Vertebral.pdf&ved=2ahUKEwiRka6j5LfsAhUmK7kGHQSTAW8QFjABegQIAhAB&usq=AOvVaw0V6HsyaMUKL6IIIAKWy8cq&cshid=1602805773907)>. Acessado em 13 de Outubro de 2020.

6 - QUEMELO, Paulo Roberto Veiga. **LOMBALGIA DEVIDO A DISCOPATIA: QUAIS SÃO AS EVIDÊNCIAS PARA TERAPIA COM CÉLULAS-TRONCO?**. 2018. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/lombalgia-devido-a-discopatia-quais-sao-as-evidencias-para-terapia-com-celulas-tronco/>>. Acessado em 14 de Outubro de 2020.

7 - SUSSELA, Alex Oliboni. Et al. **HÉRNIA DE DISCO: EPIDEMIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO**. 2017.

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE OS ANTIVIRAIS

Karynne Grazyelle Barros  
Pedrina Ferraz  
Kerley Moura  
Jonathan Siqueira  
Iara Souza  
Nara Souza  
Juliana Curcio

**PALAVRAS-CHAVES:** Alvos; Antivirais; Genoma; Replicação; Virologia.

### 1. INTRODUÇÃO

As infecções virais são uma das causas de mortes no mundo inteiro. Os antivirais têm dificuldade em inibir ou bloquear a replicação viral, pois as maiores das drogas causam toxicidade ao hospedeiro e porque os vírus apresentam uma rápida replicação com muita probabilidade a mutações. Os vírus são parasitas intracelulares obrigatórios que não tem capacidade de autorreplicação e precisam utilizar as atividades e enzimas da célula do hospedeiro para se replicar. Apresentam a seguinte estrutura: núcleo contendo DNA ou RNA, capsídeo, glicoproteínas e alguns vírus, envelope (MURRAY et al., 2010).

As drogas antivirais começaram a ser descobertas e produzidas há poucas décadas. O primeiro antiviral só foi licenciado na década de 1960. Em 1955, Hamre e colaboradores mostraram que a substância tiosemicarbazonas inibiam o vírus *Vaccinia*. Mas, apenas em 1960 que o primeiro fármaco foi liberado.

Já em 1963, obteve um antiviral capaz de prevenir e tratar a doença da varíola, chamado de metisazona ou Marboran, descoberto

por Bauer. No início das pesquisas para produzir fármacos antivirais, os pesquisadores pensaram que não seria possível produzir sem danificar células não danificadas, porém com muitos estudos, conseguiram produzir o fármaco aciclovir que conseguiram obter um antiviral seletivo (SANTOS et al., 2015).

A maioria dos fármacos antivirais têm o objetivo de atuar em apenas uma família de vírus, no entanto, há estudos sendo realizados e hoje, existe uma substância chamada Double-stranded RNA Activated Caspase Oligomerizers (DRACO), que exerce ação na inativação de células infectadas, sem causar dano a células saudáveis (SANTOS et al., 2015).

O processo de fabricação e atuação de fármacos antivirais utilizam alguns processos no ciclo replicativo viral que são essenciais para os vírus. O antiviral pode atuar nas fases de adesão, desnudamento, replicação do genoma, na maturação e liberação do ciclo replicativo viral, sendo que a ação é feita como inibidor ou bloqueador de fases e exemplos dessas ações, tem-se: Interferência na adsorção dos vírus; Inibição de fusão, desnudamento e transcrição inicial; Interferência na tradução e no processamento de proteínas virais; Inibição de replicação de novos ácidos nucleicos inibindo a DNA polimerase, integrase, protease, transcriptase reversa; Inibição da transcrição tardia de ácidos nucleicos virais e integração do genoma do vírus ao genoma da célula; Interferência na tradução de proteínas virais estruturais; Interferência no processo de montagem e maturação das proteínas virais; Inibição do brotamento; Inativação da partícula viral (PEREIRA, 2012).

Os fármacos antivirais atuam contra os vírus da herpes simples, varicela-zoster, citomegalovírus, vírus da imunodeficiência humana, influenza A e B, sincicial respiratório, hepatite B e C, papilomavírus, picornavírus, rinovírus humano e vaccinia, mas recentemente os estudos estão direcionados a desenvolver fármacos para viroses respiratórias, doenças causadas por herpesvírus e a AIDS, estirpes

aviárias, suínas do FLUV, coronavírus (SARS-CoV), febres hemorrágicas e as que podem ser manipulados para fins de bioterrorismo, como o vírus da varíola. Porém, os fármacos não curam a doença do paciente e sim, proporcionar uma melhor qualidade de vida (SANTOS et al., 2015).

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão bibliográfica sobre os antivirais, enfatizando quais são as etapas de desenvolvimento do fármaco antiviral, as drogas disponíveis comercializadas, bem como o mecanismo e sítio de ação e os vírus que são tratados com os fármacos.

## **2. METODOLOGIA**

Para o embasamento teórico de construção desse artigo foram utilizados livros da área de Microbiologia Médica; MURRAY, R. P; ROSENTHAL, K. S; PFALLER, M. A, e Farmacologia; GOLAN, E. David; TASHJIAN; ARMSTRONG, J. H; ARMSTRONG, W. A, 2012. Adicionalmente foi utilizado artigos científicos de periódicos eletrônicos como Scielo, datando o ano de 2010 até a atualidade, também foram adicionados imagens e tabela, para uma melhor compreensão do tema.

## **3. DISCUSSÃO E RESULTADOS**

As etapas de desenvolvimento de um antiviral são divididas em 2 fases: pré-clínica e clínica, que leva em torno de 10 a 12 anos de pesquisa. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), concede a licença para que um medicamento seja comercializado e administrado em seres humanos.

Na fase pré-clínica, os testes são realizados de 3 a 4 anos e são feitos em laboratório utilizando culturas de células em *in vitro*, com o objetivo de verificar os mecanismos de ação, a atividade citotóxica e antiviral (SANTOS et al., 2015).

Se os resultados mostrarem pouca toxicidade e a substância apresentar efeito, os testes serão realizados em animais como o objetivo de averiguar qual é a concentração e dose terapêutica correta que não causará danos ao organismo, as propriedades farmacológicas assim como também as possibilidades de efeitos teratogênicos e carcinogênico (SANTOS et al., 2015).

Caso seja aprovada pelo Conselho de Ética para Experimentação em Seres Humanos, começa a etapa clínica, que são divididas em 4 etapas.

A etapa I é exercida em voluntários sadios utilizando em um grupo a droga e em outro o placebo, com o intuito de analisar o metabolismo da droga e a atuação do fármaco. Na etapa seguinte, há a confirmação do efeito antiviral, da via de administração, da dose terapêutica e o intervalo entre as mesmas.

A etapa III, são adicionados uma quantidade muito grande de pacientes, com o intuito de avaliar à segurança do medicamento quando usado por um longo período de tempo, interação entre medicamentos e efeito em neonatos, crianças e idosos.

Na etapa IV, os resultados são verificados mais uma vez e será decidido se a droga será liberada ao uso ou não (SANTOS et al., 2015).

### **3.1 ACICLOVIR**

O aciclovir é um fármaco que foi desenvolvido em 1975, como a primeira droga produzida especificamente para inibir a replicação viral. O aciclovir é um análogo da purina, sintético com atividade inibitória, que apresenta características próprias que oferece índice

terapêutico entre os antivirais. Trata o grupo do vírus da herpes simples tipo 1 e 2, vírus *Varicella zoster* e citomegalovírus (BRIK, 1993).

A grande vantagem do aciclovir é que a sua fosforilação inicial é realizada por uma enzima produzida pelos herpesvírus e presente em grande quantidade na célula infectada. Esta enzima, a timidina cinase, também é produzida, em menor quantidade, na célula normal (BRIK, 1993).

O mecanismo do aciclovir são definidos por quatro etapas, e baseia-se na maior afinidade da enzima polimerase viraI pela forma trifosfato de aciclovir que vai se transformar em trifosfato de aciclovir para se tornar ativa. Primeiro se transforma em monofosfato de aciclovir, fosfato de aciclovir e finalmente em trifosfato de aciclovir, que é o aciclovir de forma ativa (FIGURA 01).

Após a ativação vai para o núcleo e se liga a DNA polimerase do vírus da herpes, além de ser incorporada ao DNA viral posteriormente se liga a DNA polimerase que irá impedir a replicação viral, essa incorporação no DNA viral resulta no término da cadeia.

Este processo apresenta o mais alto grau de especificidade e um grau de tolerância, porque é bio-ativado somente em células infectadas, onde inibe a síntese de DNA (BRIK, 1993). A figura 01, mostra o esquema do mecanismo de ação do aciclovir.



## Mecanismo de ação - Aciclovir

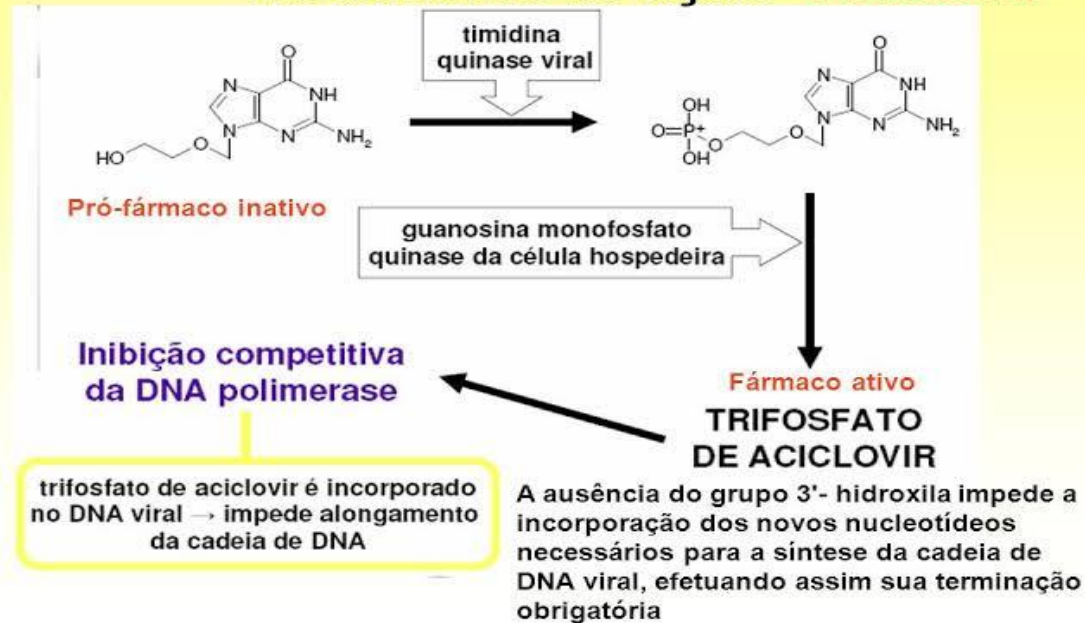


Figura 01: Mecanismo de ação do Trifosfato de Aciclovir. Fonte: Tratamento de Infecções Virais, profa. Cláudia Maria Oliveira Simões.

## 3.2. FÁRMACOS DA INFLUENZA

**3.2.1. Vírus da gripe:** Também como micro vírus influenzae e como vírus influenza são partículas envelopadas de RNA de fita simples e subdividem-se nos tipos A B e C sendo só os tipos A e B tendo relevância aos humanos (FORLEO, Eduardo, et al. 2002).

**3.2.2. Epidemiologia:** Os vírus da influenza tem habilidade de causar epidemias frequentes e atingir qualquer faixa etária de idade em um curto espaço de tempo isso é devido a sua capacidade de mutação rápida a natureza fragmentada do material genético do vírus induz alta taxas de mutação (FORLEO, Eduardo, et al. 2002).

**3.2.3. Imunização:** Nas últimas décadas a imunização anual com vacinas inativadas contra influenza tem sido a profilaxia da gripe e redução da mortalidade são feitas de 180 a 200 milhões de vacinas

contra influenza no mundo o impacto causado pelo vírus em indivíduos de riscos ou portadores de doenças crônicas motivam o desenvolvimento de novas pesquisas para o seu controle (FORLEO, Eduardo, et al. 2002).

**3.2.4. Antivirais:** Embora a vacina seja uma forma de se prevenir também existem os antivirais que são de grande relevância no controle da influenza hoje em dia estão disponíveis na Europa e nos Estados Unidos quatro medicamentos específicos para influenza os fármacos são amantadina e rimantadina. Tendo também antivirais de segunda geração como o oseltamivir e zanamivir esses dois últimos também foram autorizados no Brasil e licenciados pelas autoridades brasileiras a amantadina e a rimantadina estão licenciados a profilaxia e tratamento do vírus influenza tipo A, desde 1986 no entanto eles apresentam limitações como o espectro de ação restrito rápida mutação e resistência viral e o fato de provocarem reações no sistema nervoso central e trato gastrointestinal tem restringindo sua utilização na prática clínica os antivirais e segunda geração representam novas opções para o tratamento e Estes são integrantes de uma nova classe de medicamentos contra o tipo A e B classificados com inibidores de neuraminidase (FORLEO, Eduardo, et al. 2002).

**3.2.5. Vírus sincicial respiratório (HRSV):** é um vírus responsável vários casos que infecções do sistema respiratório inferior entre eles a pneumonia bronquiolite em em recém-nascidos de climas temperados e comuns nos meses de inverno e em climas tropicais é mais comuns nos meses chuvosos quase 60% dos recém-nascidos infectados só nos primeiros anos de vida e quase todas as crianças nos primeiros três anos de vida geralmente causa só em um resfriado (OTENIO, Isabella, 2012).

### **3.2.6. Estrutura molecular da polimerase de hmpv:**

pesquisadores baseado imagens bidimensionais construíram modelos tridimensionais de computador das estruturas moleculares das proteínas essas imagens mostra um caminho para desligar o vírus rsv, e o hmpv após olhar a estrutura de seus principais componentes pesquisadores esperam desenvolver inibidores que interrompam as atividades enzimáticas da proteína hpmv (OTENIO, Isabella, 2012).

### **3.3 Inibidores do HIV**

A infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), um retrovírus que contém RNA, sendo este material convertido em DNA no interior da célula do hospedeiro, constitui de um importante problema de saúde coletiva no Brasil e no mundo inteiro, em razão da morbimortalidade e do conseqüente impacto nas políticas públicas de saúde. Em 1996, foi promulgada a lei federal 9.313, a qual garantiu o acesso à terapia antirretroviral por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) sem custo a todo indivíduo acometido com a doença. Estudos demonstram que esta política pública voltada ao controle da infecção do HIV contribuiu significativamente para a redução da mortalidade e dos internamentos por HIV/AIDS no Brasil, (SANTOS et. al., 2015).

Na gestão atual do SUS são disponibilizado 21 medicamentos para o controle da infecção do vírus de HIV, distribuídos em seis classes farmacológicas distintas que são elas : Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos, essa classe de medicamentos atua sobre a enzima transcriptase reversa, tornando defeituosa a cadeia de DNA que o vírus HIV cria dentro das células de defesa do organismo impede que o vírus se reproduza; inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos, que atuam impedindo a replicação do RNA viral dentro das células; Inibidores da protease, que agem impedindo a enzima que fragmenta as proteínas virais sintetizadas na célula hospedeira; inibidores da integrase, que atuam inibindo a enzima que integra o RNA viral no DNA da célula hospedeira; inibidor de fusão o mais recente, que impede a fusão da membrana viral com a membrana celular humana; e inibidor da CCR5, que inibe a proteína de membrana, que se liga ao HIV e não permite a infecção na célula hospedeira, (SANTOS et. al., 2015).

Segue um protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, do Ministério da Saúde para manejo da infecção pelo HIV para não haver proliferação além do esperado são seguindo uma prescrições por meio de esquemas terapêuticos, constituídos por combinações de mais de um fármaco antirretroviral, dispostos em diferentes linhas de tratamento para adaptar a cada caso da doença.

O sucesso terapêutico alcançado pelos esquemas terapêuticos proporciona a redução de número de cópias virais, sendo assim o aumento do número de linfócitos TCD4+ e a consequente restauração da imunidade e garantida, porém tem que haver o uso correto das medicação e seguir as orientações dos profissionais de saúde. A primeira linha de tratamento consiste no esquema terapêutico prescrito logo após o diagnóstico, cada um com seu esquema medicamentoso conforme o laudo médico, para melhor o quadro clínico do paciente e tentar da uma vida melhor para o mesmo, (SANTOS et. al., 2015).

### **3.4 ALVO DOS ANTIVIRAIS**

Os vírus compartilham muitos dos processos metabólicos da célula hospedeira, por essa razão é difícil encontrar fármacos que sejam seletivos para o patógeno. Todavia as enzimas específicas do vírus servem de alvos potenciais para os fármacos (GOLAN et al;.2014).

O ciclo de vida dos vírus pode ser dividido em uma sequência de diversas etapas individuais, em que cada uma representa um alvo ou local potencial de intervenção farmacológica, no entanto os agentes antivirais atualmente disponíveis são, em sua maioria, apenas eficazes enquanto o vírus está se replicando. Várias classes de fármacos são direcionadas para etapas do ciclo de vida dos vírus, como podemos ver na (Tabela 01), incluindo fixação e entrada, desnudamento, montagem e maturação, bem como a saída e liberação (GOLAN et al;.2014).

Tabela - 01: Alvo para fármacos antivirais.

Fixação à célula-alvo	Análogos de peptídeos de proteínas do anexo.	Vírus da imunodeficiência humana (HIV)
	Anticorpos neutralizantes	A maioria dos vírus
	Heparan e sulfato de dextran	HIV; vírus herpes simples (HSV)
Penetração e desnudamento	Amantadina, rimantadina	Vírus Influenza A
	Tromantadina	HSV
	Arildona, disoxaril, pleconaril	Picornavírus
Transcrição	Interferon	Vírus da hepatite A, B e C; papilomavírus
	Oligonucleotídeos antisense	Papilomavírus
Síntese da proteína	Interferon	Vírus da hepatite A, B e C; papilomavírus
Replicação do DNA (polimerase)	Análogos de nucleosídeos	Herpesvírus; HIV; vírus da hepatite B; poxvírus etc
	Fosfonoformato, ácido fosfonoacético	Herpesvírus
Biossíntese de nucleosídeos	Ribavirina	Vírus sincicial respiratório
Captadores de nucleosídeos (timidina quinase)	Análogos de nucleosídeos	HSV; vírus varicela-zóster
Montagem (protease)	Análogos de substrato hidrofóbico	HIV
Montagem (protease)	Análogos de substrato hidrofóbico	HIV
Integridade do vírion	Nonoxynol-9	HIV; HSV

Fonte: Virologia médica

O vírus da imunodeficiência humana permanece como um problema de saúde mundial, o HIV já causou cerca de 25 milhões de mortes no mundo. No Brasil, desde 1990, o número de mortes gira em torno de 11 mil por ano. Cientistas e pesquisadores do mundo inteiro, vendo este índice de óbitos subindo gradativamente

estimulou o desenvolvimento de terapias antirretrovirais. Durante a década passada, se teve um marcante crescimento no desenvolvimento de fármacos para combater a infecção causada pelo HIV. O manejo terapêutico desta infecção consiste principalmente no uso de inibidores específicos do ciclo de replicação viral, que, quando administrados em conjunto, reduzem a carga viral a níveis indetectáveis (RIFFEL, ALESSANDRO 2009).

### **3.4.1 Inibição de fixação e entrada dos vírus**

A infecção pelo HIV começa com a etapa de adsorção, que é a ligação do vírion à superfície da célula alvo. Ela é mediada por uma interação entre o domínio extracelular da glicoproteína viral e receptores celulares específicos presentes em células de defesas como os linfócitos CD4+ como podemos ver na (figura 2). RIFFEL, Alessandro afirma que a entrada do HIV na célula hospedeira é muito importante para que o vírus faça uma infecção produtiva, desta forma, ele representa um alvo essencial para a prevenção da infecção e transmissão do HIV (RIFFEL, ALESSANDRO 2009)

A entrada desse vírus na célula alvo envolve um processo complexo com várias etapas, a forma de identificar agentes farmacológicos que possam interferir neste processo, resulta em um grupo de compostos heterogêneos com mecanismos de ação diferentes. Nesta fase inicial da infecção, as etapas geralmente usadas para a pesquisa de agentes antivirais são a ligação da gp120 do vírus ao receptor CD4+ ou aos co-receptores celulares (CCR5 e CXCR4) e a penetração viral na membrana celular, segundo RIFFEL, 2009.

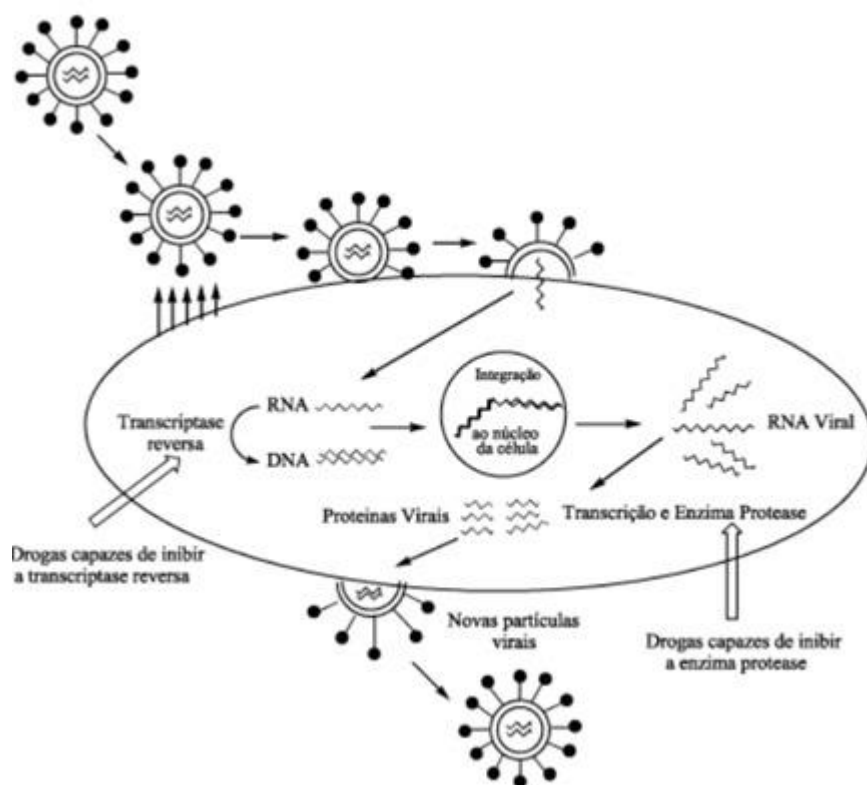


Figura 2: Ciclo da replicação viral com as etapas que atuam os medicamentos. Fonte: (Drogas anti-VIH: passado, presente e perspectivas futuras).

A prevenção da fusão do vírus com a membrana da célula hospedeira geralmente se dá pelo bloqueio da glicoproteína transmembrana viral. O bloqueio da fusão celular também bloqueia a transmissão célula-célula do vírus HIV. Outra forma de inibir a penetração do vírus é a internalização dos receptores celulares CD4, CXCR4 e CCR5 (RIFFEL, Alessandro, 2009).

### 3.4.2 Inibição do desnudamento viral

RIFFEL, Alessandro também explica em seu artigo que a fusão da membrana viral e celular resulta na criação de um poro que conecta o interior do vírion com o citoplasma da célula alvo, facilitando a entrada do capsídeo viral no citoplasma da célula do hospedeiro, então a etapa de desnudamento, que envolve fatores celulares e as proteínas virais e consiste na liberação do conteúdo do

capsídeo. Uma vez no citoplasma, o genoma viral RNA é retrotranscrito para uma fita dupla de DNA pró-viral, pela TR viral. Após a transcrição reversa, o DNA pró-viral é associado com proteínas virais e celulares em um grande complexo nucleoproteico de pré-integração (PIC) que é transportado para o núcleo celular através do poro nuclear. (RIFFEL, ALESSANDRO 2009).

Depois da integração, ocorrem as primeiras transcrições do DNA pró-viral pela RNA polimerase II celular, produzindo RNAs virais. O processamento das proteínas virais pela protease leva à formação das partículas virais maduras e infecciosas. Todas as etapas do ciclo de replicação viral representam alvos para a terapia antirretroviral. Atualmente, as principais classes de fármacos usadas na terapia antirretroviral para combater o HIV incluem inibidores da transcriptase reversa, análogos de nucleosídeos (ITRN), inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) e inibidores de protease (IP). Recentemente, foram introduzidos no arsenal terapêutico anti-HIV, inibidores da entrada do vírus na célula, como é o caso do inibidor da fusão vírus-célula e do antagonista de receptor de quimiocina tipo 5 (maraviroque) e um inibidor de integrase. Os ITRN se ligam ao sítio catalítico da TR, enquanto que os ITRNN inibem a TR por interação em um sítio diferente do sítio catalítico produzindo uma inibição alostérica da enzima. (RIFFEL & ALESSANDRO, 2009).

### **3.4.3 Inibição da replicação do genoma viral (NARA)**

Cada vírus emprega uma polimerase para a replicação de seu genoma. A grande maioria dos fármacos que inibem a replicação do genoma viral atua por meio da inibição de uma polimerase, e na maioria das vezes os vírus codificam as suas próprias polimerases, de modo que essa etapa no ciclo de vida do vírus constitui um excelente alvo para fármacos antivirais (GOLAN et al;.2014).



Vírus como os herpes-vírus humanos, retrovírus HIV e hepadnavírus HBV, suas polimerases servem como alvo para o desenvolvimento bem sucedido de alguns fármacos. A maioria desses fármacos são análogos nucleosídeos, no entanto alguns deles são inibidores não nucleosídeos de DNA polimerase ou transcriptase reversa, inibindo seus alvos de modo direto, sem a necessidade de qualquer modificação química, como exemplo o foscarnete, para tratamento das infecções por HSV e CMV, resistentes a análogos nucleosídios (GOLAN et al;.2014).

Os análogos nucleosídeos são ativados por fosforilação imitando os desoxirribonucleotídeos trifosfatos, que são os substratos naturais das DNA polimerases, são incorporados na cadeia de DNA em crescimento interrompendo o processo de alongamento da cadeia (GOLAN et al;.2014).

#### **3.4.4 Síntese de Proteína**

O interferon detém o vírus ao promoverem a inibição da síntese proteica viral na célula infectada, como a proteólise de poliproteína viral ou processamento de glicoproteína. Existem três tipos de interferons; Os interferons foram inicialmente identificados como proteínas produzidas em resposta à infecção viral e capazes de inibir a replicação do mesmo vírus ou de outros vírus (MURRAY et al;. 2009).

São dois os tipos principais de interferons; interferons do tipo I que incluem a alfainterferona e a betainterferona, produzidas por muitos tipos celulares e que interagem com o mesmo receptor de superfície celular. Os interferons do tipo II incluem a gama interferon, geralmente produzida por células do sistema imune, em particular as células T, e que interage com receptor distinto. A interação dos interferons com seus receptores induz uma série de eventos de sinalização que ativam e/ou induzem a expressão de proteínas que

combatem as infecções virais (MURRAY et al;. 2009).

### **3.4.5 Inibição da liberação viral**

Inibidores das neuraminidases do vírus influenza, provém do mecanismo de fixação e liberação viral. O vírus influenza fixa-se às células por meio de interações entre hemaglutinina, proteína presente no envelope viral, codificando essa enzima, denominada neuraminidase, que cliva o ácido siálico das glicoproteínas de membrana e componentes de ácido siálico, encontrados em muitas glicoproteínas da superfície celular. (Citação)Tornou-se alvo para os fármacos antivirais como o Zanamivir (Relenza®) e oseltamivir (Tamiflu®) que atuam como inibidores enzimáticos podendo inibir os vírus influenza A e B. A amantadina e a rimantadina inibem também a liberação do influenza A. Na ausência de neuraminidase, o vírus permanece fixado e incapaz de se disseminar para outras células (MURRAY et al;. 2009).

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A cada dia podemos observar a infinidade de pesquisas, medicamentos e intervenções existentes para combater a grande variedade de vírus, e a inibição de sua replicação viral. Com isso, entendemos a importância dos fármacos contra esses vírus, atingindo assim estudos eficazes no controle desses vírus e no controle de suas replicações, incluindo sua proliferação.

Podemos então, observar a importância dos fármacos para esta finalidade, há muitos vírus que hoje são tratáveis com fármacos antivirais, para o combate, e para inibir suas replicações, por isso foi apresentado o ciclo de alguns vírus, algumas intervenções farmacológica em cada fase deste ciclo, juntamente com seus mecanismos de ação conforme especificidade de cada agente causador de viroses.

## 5. REFERÊNCIAS

BRIK, D. ATUALIZAÇÃO EM OFTALMOLOGIA 1993.. **ANTIVIRAIS**. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/antivirais%20trabalho%20(1).pdf. Acessado dia 11 de Out 2020.

FORLEO, Eduardo, et al. **INFLUENZA**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2002. Disponível em <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0037-86822003000200011](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822003000200011)>. Acesso em: 15/10/2020.

GOLAN, E. David; TASHJIAN; ARMSTRONG, J. H; ARMSTRONG, W. A. **PRINCÍPIOS DE FARMACOLOGIA**: A base fisiopatológica da farmacologia. 3ª Edição. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan LTDA, 2012. pág. 1889.

MURRAY, R. P; ROSENTHAL, K. S; PFALLER, M. A. **Microbiologia Médica**. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier. 2010.

OTENIO, Isabela. **VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO HUMANO**. Repositório Institucional unesp. 2012. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/181847>>. Acesso em 15/10/2020.

PEREIRA, S. L. G. **Moléculas Antivirais- Que futuro?** Porto. 2012.  
SANTOS, N. S. O; ROMANOS, M. T. V; WIGG, M. D. **Virologia Humana**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

## SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO: ASPECTOS GERAIS

Gabriela Domingos Sousa Lobo  
Josilene dos Santos Matos  
Lucas Batista de Oliveira  
Jordana Neves de Paula  
Erick Gouveia da Silva  
Cindy de Jesus Silva Almeida

**Palavras-chave:** Síndrome, anatomia, tratamento, sinais, sintomas, quadro clínico.

### 1. INTRODUÇÃO

O túnel do carpo é chamado de túnel porque é uma passagem estreita pela qual os nervos e os tendões alcançam a mão. O túnel consiste em tendões, ligamentos e ossos adjacentes. O nervo mediano está localizado no lado da palma do punho e passa pelo túnel do carpo. Este nervo fornece sensibilidade ao polegar, dedo indicador, dedo médio e dedo anelar no lado voltado para o polegar. Síndrome do túnel carpal Síndrome do túnel é muito comum, especialmente em mulheres entre 30 e 50 anos. Afeta uma ou ambas as mãos.

### 2. METODOLOGIA

O objetivo deste trabalho é realizar uma pesquisa sobre síndrome do túnel do carpo, utilizamos modelos didáticos, com o intuito de promover uma aprendizagem mais contextualizada e significativa. Utilizamos revisão literária, buscamos também através de pesquisas em websites como scielo, artigos atualizados e através da biblioteca virtual fornecida pela nossa docente..

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Steinberg (2018). A síndrome do túnel do carpo, é uma doença causada pela compressão do nervo mediano no punho. É uma patologia relativamente frequente e bem conhecida, causando formigamento nas mãos associada com dor e diminuição da força.

Temos um verdadeiro "túnel" na região do punho, por onde passam o nervo mediano junto com os tendões que dobram os dedos e o punho. O nervo mediano controla a sensibilidade da palma dos dedos da mão (exceto do dedo mínimo) e também manda impulsos para os músculos que movem o polegar. ( PEREIRA EDUARDO. SD).

Segundo o Ortopedista e Traumatologista Bruno Rabello os principais sinais e sintomas da síndrome do túnel de carpo são:

- Dormência ou formigamento do polegar e dos dois ou três dedos seguintes, de uma ou das duas mãos;
- Dormência ou formigamento da palma da mão;
- Dor no punho ou na mão, podendo se estender até o cotovelo;
- Problemas com os movimentos finos dos dedos (coordenação);
- Desgaste do músculo sob o polegar;
- Movimento de pinça débil ou dificuldade de carregar bolsas;
- Fraqueza na mão.

A dor geralmente é pior durante à noite, podendo acordar a pessoa devido a sua intensidade. Existe casos que a síndrome vem associada de irradiação proximal podendo chegar ao braço e ombro. A flexão dos punhos de forma intensas tende a piorar a dor e a dormência. Em casos avançados, a sensação de fraqueza da musculatura inervada pelo nervo mediano pode ser notada na dificuldade de segurar um copo, fechar uma tampa ou até amarrar sapatos.

Ao sentir sinais ou sintomas de síndrome do túnel do carpo é necessário consultar um especialista, seja uma clínica médica,

reumatologia ou ortopedia.

### **Quadro Clínico**

De acordo com a médica Fisiatra Carmem Orrú a síndrome do túnel do carpo mostra-se com sintomas de parestesias e perda de força na disposição do nervo mediano (polegar, indicador, dedo médio e metade radial do dedo anular). Começa em um dedo e depois vai se alastrando para os outros. Geralmente, os sintomas aparecem durante a noite, mas podendo aparecer ao longo do dia devido a piora. Os pacientes relatam dificuldades com o aperto da mão e movimentos de pinça. O Neurocirurgião Robson Luís Oliveira de Amorim descreve alguns testes são realizados para identificar a síndrome do túnel do carpo, dentre elas estão:

- Teste do Tinel: O médico realiza percussão digital ao longo do nervo mediano no aspecto volar do pulso. O resultado do teste é considerado positivo quando a manobra causa parestesias na distribuição do nervo mediano. A sensibilidade varia de 23% a 67% e a sua especificidade é alta (67% a 93%).



Figura 1: Teste do Tinel.

**Teste de Phalen:** Flete-se o cotovelo em 90°, com os braços no plano horizontal com o solo e flexiona os punhos um contra o outro por 60 segundos. O resultado é positivo quando o paciente sente dor ou parestesias dos dedos do aspecto radial da mão. Indica uma sensibilidade de 74%, e quando o resultado é positivo, se relaciona com a severidade da STC.



Figura 2: Teste de Phalen.

**Teste de flexão do punho com compressão no nervo mediano:** O teste é realizado flexionando-se o punho com pressão exercida sobre o nervo mediano durante 20 segundos, ocasionando os sintomas da STC. A sensibilidade é de 82% e a especificidade é de 99%.



Figura 3: Teste de flexão do punho com compressão no nervo mediano.

Após a realização destes testes, o médico poderá pedir alguns exames complementares. Dentre eles estão:

**Estudos Eletrofisiológicos:** Inclui estudos de condução nervosa sensorial e motora e estudos eletromiográficos, são importantes na avaliação para pacientes com suspeita clínica de STC. O grau de sensibilidade e de especificidade são altos. Eles ainda auxiliam na identificação de condições neuropáticas ou sobrepostas mimetizando a STC, como radiculopatia cervical, plexopatia braquial, neuropatia proximal do nervo mediano ou outra neuropatia do membro superior ou neuropatia periférica.

**Exames laboratoriais:** Recomenda-se que o paciente com STC realize uma avaliação laboratorial mínima com estudos da função tireoidiana (TSH e T4 livre) para excluir o hipotireoidismo e da função renal para excluir a insuficiência renal crônica podendo causar a neuropatia urêmica. Recomenda-se também a glicemia para afastar o diagnóstico de diabetes, e o hemograma para diagnóstico de mieloma múltiplo.

**Exames de imagem:** Ultra-sonografia é utilizado quando



a STC ainda não foi determinada, todavia, se considera que uma área seccional no nervo mediano no punho inferior a 8 mm<sup>2</sup> praticamente exclui o diagnóstico de STC. Entretanto, se a área seccional for superior a 12mm<sup>2</sup> relaciona-se com uma probabilidade alta da síndrome. Ressonância Magnética pode apresentar o aumento de sinal no nervo mediano e na bainha do tendão flexor. Esse aumento na sequência T2 é um bom prognóstico para o sucesso da cirurgia.

### **Etiologia**

A síndrome do túnel do carpo tem como principal causa a L.E.R (Lesão do esforço repetitivo) que atinge indivíduos(a) que exerce atividades de forma repetitiva. Ex. Tocar instrumentos, digitação, crochê, costura e etc. Mas também existem as causas traumáticas (quedas e fraturas) também causas inflamatórias (artrite reumatoide) causas hormonais e medicamentosas.

Ela acontece com a compressão do nervo mediano no punho, e tem estágios de acontecimentos. O estágio precoce que é a fase inicial, caracterizado por sintomatologia intermitente unicamente noturna. O estágio intermediário onde os sintomas são noturnos e diurnos. E por último o estágio avançado onde os sintomas são permanentes e, sobretudo, sinais de déficit sensitivo ou motor.

Uma exploração do nervo mediano ao túnel do carpo por uma iniciação de 2,5 cm distal e 5 cm proximal da dobra de flexão do punho em um paciente com atrofia anterior e anestesia do indicador e do polegar após uma compressão do punho. Apesar da recuperação da sensibilidade do indicador, a paciente desenvolveu uma contratura dolorosa em flexão do punho relacionada inicialmente a um neuroma do ramo cutâneo palmar do nervo mediano. (Peter h. Galloway 11, março 1924).

## **Epidemiologia**

A prevalência estimada da Síndrome do Túnel do Carpo (STC) é de 4% a 5% da população mundial, com maior incidência em pacientes entre 40 e 60 anos de idade. A STC tem maior incidência no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino, em uma proporção de aproximadamente 3:1. Estima-se que a ocorrência anual da síndrome por 1000 pessoas/ano vai de 2,2 a 5,4 no caso de mulheres e de 1,1 a 3 quando se trata de homens. Em 51% dos casos ocorrem na mão dominante, 34% bilateral e 15% na mão não dominante. (SILVA, Geovany. 17 , setembro 1950).

## **Tratamentos**

O tratamento para a síndrome do túnel do carpo deve ser orientado por um ortopedista e, normalmente, deve ser iniciado quando surgem os primeiros sintomas, como formigamento nas mãos ou dificuldade para segurar objetos. Existe uma variedade de opções para o tratamento da síndrome do túnel do carpo, desde ministração com anti-inflamatório, analgésico, aplicação de esteróides direto no túnel do carpo ou tratamentos cirúrgicos para descompressão do túnel do carpo. Esses tratamentos varia conforme o desenvolvimento da síndrome. As medidas iniciais consistem de tratamento farmacológico e não-farmacológico.

### **Injeção de corticoide**

A ação da injeção direta de corticoide no túnel do carpo promove um alívio mais acentuado e prolongado. Em alguns casos pode ocorrer o alívio completo dos sintomas nas mãos com o tratamento de seis meses. Mais após doze meses esses alívios pode cair significativamente. Esse tratamento é considerado bom para o sucesso da descompressão cirúrgica. Tem alguns riscos como lesão do nervo mediano; dor intensa com sensação de choque elétrico; risco de déficit neurológico; dores persistentes; e ruptura do tendão.

### **Talas de pulso**

A imobilização no tratamento utilizando a tala, promove uma posição

neutra, permitindo a diminuição da pressão intracanalicular, pois a pressão no túnel eleva com a flexão e extensão de punho. O tempo para esse tratamento varia de três semanas a três meses, sendo mais indicado utilizar no período noturno, se os sintomas for mais intensos pode ser utilizado em tempo integral.

#### Medidas comportamentais

Deve-se evitar as movimentos repetitivos e estresse mecânico que pode está envolvido com o processo doloroso.

#### Acupuntura

A acupuntura pode ser uma alternativa, pois ela atua através do estímulo da liberação de endorfina, bradicinina, histamina e encefálica, elas possuem uma ação analgésica, anti-inflamatória, calmante e sedativa; e promove a indução da plasticidade cortical.

#### Fisioterapia

O tratamento com fisioterapia atua como um dos métodos conservadores e pós-cirúrgico, ele ainda é um aliado na prevenção dessa síndrome. O fisioterapeuta atuará tanto na prevenção quanto na intervenção da patologia, utilizando seus recursos e técnicas para aliviar a dor, restabelecer a mobilidade e recuperar a capacidade funcional do paciente.

Entre as técnicas utilizadas pelo fisioterapeuta temos:

- Massoterapia - é eficaz nos pacientes que apresentam dor miofascial, pode ser indicada também em outras regiões como na cervical, a dorsal e a cintura da escápula.
- Crioterapia - ela promove um efeitos analgésicos na fase aguda, reduzindo o número de disparos de respostas dolorosas, diminuição de espasmos musculares e edema, vasoconstrição periférica e diminuição do metabolismo local, limitando o desenvolvimento da hipóxia secundária à isquemia.
- Ultra-som pode ser utilizado com a finalidade de diminuir o processo inflamatório e melhorar a condução nervosa, em decorrência da diminuição do edema local que vai liberar o túnel do carpo e reduzir o

quadro de dor.

- Temos também as técnicas de deslizamentos de tendões e nervos que ajuda na diminuição de aderências teciduais e edemas, aumenta a distância entre o nervo mediano e o ligamento transversal, e reduz a compressão dentro do túnel do carpo. E as manobras deslizantes utilizadas na mobilização neural que ajuda na redução da dor e atuam no suporte nutricional e retorno venoso intraneural, e restaurando a mobilidade fisiológica sem utilizar uma tensão exagerada no nervo.

Tratamento cirúrgico

Quando o tratamento conservador não tem resultado positivo, procura-se o tratamento cirúrgico. Esse tratamento tem o propósito de diminuir a pressão no interior do túnel por meio do aumento do volume do túnel do carpo com a secção do retináculo dos flexores. Sendo realizado sob anestesia loco regional ou local preferencialmente em regime ambulatorial. Esse tratamento proporciona um alívio dos sintomas em mais de 90% dos pacientes. Os pacientes que têm indicação cirúrgica são geralmente indicados para o neurocirurgião, cirurgião de mão ou ortopedista. É um tratamento gratificante para o cirurgião graças à evidente melhora no pós-operatório na maioria dos casos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Através desse trabalho podemos concluir que a síndrome do túnel do carpo é a neuropatia compressiva mais comum dos membros superiores. Ela tem características únicas em termos de etiologia e prognóstico. Os médicos especialistas e profissionais de saúde devem saber que podem prevenir e diagnosticar a doença precocemente.

## REFERÊNCIAS

MINHA VIDA. Síndrome do Túnel do Carpo: o que é, sintomas e tratamentos. Disponível em:

<https://www.minhavidade.com.br/saude/temas/sindrome-do-tunel-do-carpo>. Acesso em 13 de out de 2020.

AMORIM, Robson L. O. Síndrome do Túnel do Carpo. Disponível em: [http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/104/sindrome\\_d\\_o\\_tunel\\_do\\_carpo.htm#:~:text=Os%20principais%20sinais%20e%20osintomas%20da%20STC%20s%C3%A3o%20dor%20e,e%20fraqueza%20da%20musculatura%20tenar](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/104/sindrome_d_o_tunel_do_carpo.htm#:~:text=Os%20principais%20sinais%20e%20osintomas%20da%20STC%20s%C3%A3o%20dor%20e,e%20fraqueza%20da%20musculatura%20tenar). Acesso em: 13 de out de 2020.

Síndrome do túnel do carpo- Parte1 (anatomia, fisiologia, etiologia e diagnóstico) Michael Chammas, Jorge Boretto, Lauren Marquardt Burmann

<https://www.sanarmed.com/resumo-de-sindrome-do-tunel-do-carpo-liga> LAMEGE - Liga Acadêmica de Medicina Generalista

Durandeu A. Syndrome du canal carpien. Conférences d'enseignement de la société française de chirurgie orthopédique et traumatologique 2008. Paris: Elsevier Masson; 2008. p. 145–60.

Chaise F, Bellemere P, Friol JP, Gaisne E, Poirier P, et al. Interruption professionnelle et chirurgie des syndromes du canal carpien. Resultats d'une serie prospective de 233 patients. Chir Main. 2001;20(2):11

EINSTEIN. Síndrome do Túnel do Carpo. Disponível em : <<https://www.einstein.br/doencas-sintomas/sindrome-tunel-carpo#:~:text=Temos%20um%20verdadeiro%20%22t%C3%Aanel%22%20na,m%C3%BAsculos%20que%20mexem%20o%20polegar.>>. Acesso em : 12/10/20.

MANUAL MSD. Síndrome do túnel do carpo. Disponível em : <<https://www.msmanuals.com/pt/casa/dist%C3%BArbios-%C3%B3sseos,-articulares-e-musculares/doen%C3%A7as-das-m%C3%A3os/s%C3%ADndrome-do-t%C3%Aanel-do-carpo>>. Acesso em : 13/10/20.

## ORDEM ECONÔMICA, FINANCEIRA E SOCIAL

Manoel Soares Araújo  
Anderson Luís Coelho  
Marilaine de Jesus Queiroz  
William Breve Camargo da Silva  
Marlon Cássio Evangelista Siqueira  
Vitor Francisco da Silva Ferreira  
Thiago Lacerda Gonçalves  
Guilherme Linhares de Freitas

**Palavras-chave:** Finanças; Princípios; Constitucionais; Planejamento; Orçamento.

### 1. INTRODUÇÃO

O presente artigo visa apresentar estudo sobre Finanças Públicas, Normas Gerais, Orçamentos, Princípios constitucionais orçamentários, Leis Orçamentárias, Lei complementar sobre matéria orçamentária, Processo legislativo das leis orçamentárias, Interferência excepcional do Poder Judiciário, Vedações Constitucionais, Créditos Adicionais e Limites para despesa com pessoal, uma análise jurídica dos conceitos, atribuições constitucionais, as especificidades, os princípios pertinentes estabelecidos em nosso ordenamento jurídico brasileiro.

### 2. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada por meio de pesquisas bibliográficas de vários autores (Vicente Paulo, Marcelo Alexandrino, Emerson Bruno), também em material sugerido pelo docente de Direito Constitucional II, na Constituição Federal e diversos sites jurídicos na internet. Trazendo informações importantes sobre Finanças Públicas, Normas Gerais, Orçamentos, Princípios constitucionais orçamentários, Leis

Orçamentárias, Lei complementar sobre matéria orçamentária, Processo legislativo das leis orçamentárias, Interferência excepcional do Poder Judiciário, Vedações Constitucionais, Créditos Adicionais e Limites para despesa com pessoal.

### **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As **finanças públicas** compreendem a captação, a gestão e a execução de recursos pelo Estado para financiamento de suas atividades.

A captação de recursos pelo Estado é feita principalmente por meio da tributação, isto é, a atividade governamental que visa subtrair coercitivamente uma parcela dos recursos da sociedade. A política tributária consiste na definição de diretrizes e no gerenciamento da tributação. Outra importante forma de captação de recursos é a proveniente das transferências de recursos entre os entes. No sistema federativo brasileiro, os entes federados (União, Estados, Municípios e Distrito Federal) recebem recursos uns dos outros. São as chamadas transferências de recursos de outros entes. Esses recursos são captados, em sua maior parte, por meio de tributos de competência do ente transferidor. Ainda outro meio de captação de recursos é o endividamento público, isto é, a captação de recursos financeiros feita pelo Estado com terceiros, de forma contratual e por encargos.

As **Normas Gerais** da constituição Federal dispõe sobre as referências públicas a partir do art. 163, e faz referência a uma lei complementar, que disporá sobre:

- I- Finanças públicas;
- II- Dívidas públicas externa e interna incluindo autarquias, fundações e demais entidades controladas pelo Poder público;
- III- Concessão de garantias pelas entidades públicas;
- IV- Emissão e resgate de títulos da dívida pública;

V- Fiscalização financeira da administração pública direta e indireta;

VI- Operação de câmbio realizadas por órgãos e entidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;

VII- Compatibilização das funções das instituições oficiais de crédito da União, resguardadas as características e condições operacionais plenas das voltadas ao desenvolvimento regional.

Emitir moeda é competência da União, que é exclusivamente exercido pelo banco central.

O Banco Central veda empréstimos ao Tesouro Nacional e a qualquer órgão que não seja de instituição financeira. Poderá o Banco Central comprar e vender títulos de emissão do Tesouro Nacional, para regular a oferta de moeda ou a taxa de juros. (PAULO; ALEXANDRINO, 2015)

Nos **Orçamentos** a constituição traz consigo a matéria orçamentária propriamente dita, dispendo sobre as leis orçamentárias, e os princípios constitucionais orçamentários.

Os princípios orçamentários são diretrizes que orientam o processo orçamentário, e visa assegurar uma maior estabilidade à elaboração, execução e controle do orçamento público. (PAULO; ALEXANDRINO, 2015)

De acordo com os ensinamentos de Marcelo Alexandrino e Vicente Paulo, **o princípio da anualidade (ou da periodicidade)** que o orçamento deve ser elaborado e autorizado para o período de um exercício financeiro (um ano). Cumpre destacar que esse exercício financeiro (de duração de um ano) pode, ou não, coincidir com o ano civil. No Brasil, atualmente, o exercício financeiro coincide com o ano civil, por força do art. 34 da Lei 4.320/1964. O princípio da anualidade (orçamentária) não pode ser confundido com o antigo **princípio da anualidade tributária** (presente na Constituição de '1946), que não admitia a cobrança de tributo em cada exercício sem prévia autorização na lei orçamentária anual (LOA). (Marcelo,



ALEXANDRINO; Vicente, PAULO, 2016)

. O **princípio da universalidade** (ou da globalização) - previsto no art. 165, § 5.0 , da Constituição Federal - impõe que o orçamento contenha todas as receitas e despesas referentes ao ente público, englobando seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta. O princípio do orçamento bruto impõe que as despesas e receitas sejam incluídas no orçamento pelos seus totais (brutos), sem quaisquer deduções, e não pelos seus montantes líquidos. (Marcelo, ALEXANDRINO; Vicente, PAULO, 2016)

O **princípio da unidade** (ou da totalidade) estabelece que o orçamento deve ser uno, vale dizer, para cada ente federado deverá existir apenas um orçamento por exercício financeiro. Essa unidade orçamentária, porém, não quer dizer "unidade documental" (em um só documento), mas sim unidade finalística, de harmonização entre os diversos orçamentos, mesmo quando elaborados em documentos distintos. Assim, embora seja fato que hoje temos diferentes documentos orçamentários (orçamento fiscal, orçamento de investimento etc.), a unidade orçamentária deve ser obrigatoriamente assegurada pela compatibilização entre eles. (Marcelo, ALEXANDRINO; Vicente, PAULO, 2016)

O **princípio da exclusividade** impõe que a lei orçamentária não poderá conter matéria estranha à previsão de receitas e à fixação das despesas. Evita-se, com isso, que a lei orçamentária contenha normas pertencentes a outros ramos jurídicos, sem pertinência com matéria orçamentária (os chamados "orçamentos rabilongos" ou "caudas orçamentárias"). O princípio em comento está previsto no art. 165, § 8.0 , da Constituição Federal, segundo o qual "a lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei". (Marcelo, ALEXANDRINO; Vicente, PAULO, 2016)

**O princípio da quantificação dos créditos orçamentários** - previsto no art. 167, VII, da Constituição- proíbe a concessão ou utilização de créditos ilimitados. Esse princípio não admite exceções, ou seja, não há situação alguma na qual seja legítima a concessão ou a utilização de créditos ilimitados, sem valor determinado. Princípio da especificação (da especialização ou da discriminação) impõe que as receitas e despesas sejam especificadas (discriminadas), demonstrando a origem e a aplicação dos recursos.

**O princípio da publicidade** - previsto no art. 37 da Constituição Federal - possui, também, uma vertente orçamentária, haja vista que as decisões envolvendo matéria orçamentária devem ser publicadas em órgão da imprensa oficial, a fim de permitir o controle, a fiscalização da aplicação dos recursos da sociedade. Princípio da legalidade impõe que todas as leis orçamentárias (PPA, LDO e LOA) e os créditos adicionais devem ser veiculados por leis (ou atos equivalentes, como a medida provisória, no caso dos créditos extraordinários).

**O princípio da não afetação** - vazado no art. 167, IV, da Carta Política - proíbe a vinculação da receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, exceto nas hipóteses taxativamente admitidas pela Constituição Federal. Cabe frisar que há importantes exceções a esse princípio, isto é, a própria Constituição enumera situações em que é admitida a vinculação da receita de impostos a órgãos, fundos ou despesas específicos, a saber: a) a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159; b) a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde (CF, art. 198, § 2.0 ); c) a destinação de recursos para manutenção e desenvolvimento do ensino (CF, art. 212); d) a destinação de recursos para realização de atividades da administração tributária (CF, art 37, XXII); e) para a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita- ARO (CF, art. 165, § 8. 0 ); t) para a prestação de garantia ou contragarantia à União e para

pagamento de débitos para com esta. (BRASIL, 1988)

O **princípio da programação** determina que o orçamento seja estruturado em programas, alinhando-se à finalidade do plano plurianual e aos programas nacionais, regionais e setoriais de desenvolvimento. O princípio da clareza impõe que o orçamento público seja apresentado em linguagem clara, ordenada e compreensível a todas as pessoas que tenham interesse em matéria orçamentária.

O **princípio do equilíbrio orçamentário** tem por preocupação evitar um endividamento descontrolado do ente público, orientando que as despesas autorizadas não sejam superiores à previsão das receitas. Modernamente, porém, a maioria dos Estados admite a existência de déficit orçamentário (receitas menores do que as despesas). Entre nós, a Constituição Federal não impõe a obrigatoriedade de observância do equilíbrio orçamentário (isto é, o texto constitucional não veda, peremptoriamente, o déficit orçamentário).

O **princípio da proibição do estorno** estabelece que, em regra, o administrador público não pode transpor, remanejar ou transferir recursos de uma categoria de programação para outra, ou de um órgão para outro. Está presente na Constituição Federal de 1988, que veda a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra ou de um órgão para outro, sem prévia autorização legislativa (art. 167, VI). Observe que esse postulado não tem natureza absoluta, haja vista que a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos são admitidos, desde que haja prévia autorização legislativa.

**As leis orçamentárias** estão previstas no art. 165 da Constituição e se dividem em três, a saber: a) o plano plurianual (PPA); b) a lei de diretrizes orçamentárias (LDO); e c) a lei orçamentária anual (LOA). É importante destacar que essas três "leis orçamentárias" são leis ordinárias e que todas elas são da iniciativa

exclusiva do Chefe do Poder Executivo. Cabe observar, ainda, que o PPA e a LDO são leis orçamentárias "novas" no Brasil, isto é, só foram introduzidas em nosso ordenamento pela Constituição Federal de 1988. (BRASIL, 1988)

O Texto Magno estabelece que a vigência e os prazos dessas leis orçamentárias deverão ser fixados em lei complementar (art. 165, § 9.0 ). Como essa lei complementar não foi editada, ainda prevalecem as regras transitórias constantes do art. 35, § 2.0 , do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), que são as seguintes: Lei PPA e LOA LDO.

I - o projeto do plano plurianual, para vigência até o final do primeiro exercício financeiro do mandato presidencial subsequente, será encaminhado até quatro meses antes do encerramento do primeiro exercício financeiro (até 31 de agosto) e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa (até 22 de dezembro);

II- o projeto de lei de diretrizes orçamentárias será encaminhado até oito meses e meio antes do encerramento do exercício financeiro (até 15 de abril) e devolvido para sanção até o encerramento do primeiro período da sessão legislativa (até 17 de julho);

III - o projeto de lei orçamentária da União será encaminhado até quatro meses antes do encerramento do exercício financeiro (até 31 de agosto) e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa. (23 de dezembro)

**Lei Orçamentária Anual (LOA)** tem como função trazer uma proposta orçamentária anual, que apresenta as receitas e as despesas que o Poder executivo pretende realizar em um determinado período do exercício financeiro. A Constituição Federal determina que o Orçamento deve ser redigido, votado e aprovado até o final de cada ano. Essa responsabilidade cabe ao presidente da república enviar a proposta ao Congresso Nacional para votação e

aprovação. Essa ferramenta é um instrumento que definirá as prioridades definidas no Plano Plurianual (PPA) para que as metas sejam atingidas neste determinado ano que vai viabilizar a transformação do que tinha sido planejado obedecendo às diretrizes orçamentárias.

Para o planejamento de certo tente conter esses três instrumentos a (PPA) Plano Plurianual que tem a função de planejar, (LDO) Lei de Diretrizes Orçamentárias que tem como função orientar e a (LOA) Lei Orçamentária Anual que tem como função executar.

A Lei Orçamentária Anual ela estima as receitas e fixa as despesas do Governo para o próximo ano, nesta lei está incluído toda a programação de gastos na administração pública, desde o pagamento de funcionários públicos, aposentados, pensionistas, saúde, educação, segurança, transporte e investimentos de empresas estatais. Porém não se pode pensar somente em gastos pois tende haver verba financeira para que todo o planejamento seja concretizado, por isso tem o planejamento de arrecadação de receitas como o imposto de renda e contribuição previdenciária e taxas da iluminação pública.

A LOA disciplina todas as ações do governo, considerando, que nenhuma despesa pública pode ser executada fora do orçamento. Se durante o exercício financeiro houver necessidade de realização de despesas acima do limite, o Poder Executivo emite medida provisória que terá de ser aprovada pelo congresso nacional solicitando crédito especiais ou suplementares do fundo reserva orçamentário brasileiro.

O **processo legislativo orçamentário** segue suas próprias regras e o distingue dos processos legislativos ordinários. Portanto, trata-se de um procedimento legislativo especial com uma série de normas específicas formuladas pela Constituição Federal, tais como: apreciação conjunta das duas casas, restrições a emendas parlamentares, prazo para deliberação, prazo limitado, etc. Tudo isso faz do processo legislativo orçamentário um modelo único estipulado

pela Constituição.

De acordo com o artigo 165 da CF / 88 dispõe que a Constituição confere ao chefe do Poder Executivo a iniciativa de tratar as leis que envolvam diretrizes orçamentária: o "Plano Plurianual", a "Lei de Diretrizes Orçamentária" e a "Lei Orçamentária Anual". Esta é uma iniciativa privada e não delegável. O fracasso do Chefe do Executivo em preparar qualquer uma das três propostas orçamentárias (PPA, LDO, LOA) levará a crimes de responsabilidade.

Em hipótese alguma o país pode ficar sem orçamento, e a Constituição Federal de 1988 não regulamenta essa premissa. A rigor, nosso sistema jurídico não fornecerá uma solução clara para o chefe do Executivo se a proposta orçamentária não for enviada ou se a proposta orçamentária estiver atrasada, o legislativo rejeitar a proposta orçamentária ou mesmo o legislativo não responder à proposta orçamentária.

Após o Presidente da República apresentar a proposta de lei orçamentária ao Legislativo para apreciação. Deverá então a casa obedecer o que dispõe o artigo 166 da Constituição Federal de 1988.

"Art. 166. Os projetos de lei relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pelas duas Casas do Congresso Nacional, na forma do regimento comum.

§ 1º - Caberá a uma Comissão mista permanente de Senadores e Deputados:

I - examinar e emitir parecer sobre os projetos referidos neste artigo e sobre as contas apresentadas anualmente pelo Presidente da República;

II - examinar e emitir parecer sobre os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos nesta Constituição e exercer o acompanhamento e a fiscalização orçamentária, sem prejuízo da atuação das demais comissões do Congresso Nacional e de suas Casas, criadas de acordo com o art. 58".

Uma das características que distinguem o processo legislativo da lei orçamentária é a existência da chamada comissão mista permanente. A proposta orçamentária será encaminhada às duas casas da Assembleia Nacional para análise conjunta por uma comissão mista composta pelo Senado e pela Câmara dos Deputados.

A Comissão Mista Permanente é o órgão responsável por todo o processamento dos assuntos orçamentários, apreciação dos projetos, recepção das emendas, preparação do texto final e comentários ao plano para discussão e votação conjunta no Plenário do Congresso Nacional. Quando os projetos chegam no Plenário do Congresso Nacional, poderá neste momento os parlamentares promover alterações em seu texto através das emendas parlamentares.

O Presidente poderá enviar ao congresso alterações no texto de leis desde que ainda não tenha sido votada pela Comissão Mista Permanente.

Lembrando que a Comissão Mista Permanente existe somente no Congresso Nacional em decorrência do sistema bicameral (Senado Federal e Câmara dos Deputados) adotado para o Legislativo Federal. Dentro de cada estado e cidade, dentro da assembleia legislativa e da câmara municipal, haverá uma comissão permanente de orçamento, mas não será uma comissão mista. Isto porque no âmbito dos Poderes Legislativos estaduais e Municipais o sistema é unicameral.

Os prazos estipulados para o encaminhamento das leis orçamentárias estão previstos no artigo 166, § 6º da Constituição Federal de 1988:

Estas disposições gerais aplicam-se em condições normais, tendo em conta que o Estado competente cumprirá estes prazos. No entanto, uma pessoa se pergunta: se essas tarefas não forem concluídas no prazo, que solução jurídica o ordenamento jurídico brasileiro adotará? Nesse ponto, a Constituição Federal de 1988 permaneceu em silêncio, o que dificultou a análise do assunto. Nesse sentido, vejamos que algumas situações inesperadas podem surgir no

processamento da proposta orçamentária.

O artigo 166 da Constituição Federal de 1988, estipula claramente a possibilidade de rejeição da lei orçamentária anual, conforme segue:

*"§ 8º - Os recursos que, em decorrência de veto, emenda ou rejeição do projeto de lei orçamentária anual, ficarem sem despesas correspondentes poderão ser utilizados, conforme o caso, mediante créditos especiais ou suplementares, com prévia e específica autorização legislativa".*

Mesmo que o Poder Legislativo tenha a prerrogativa de rejeitar a Lei Orçamentária Anual, isso não poderá ocorrer com a Lei de Diretrizes Orçamentárias, porque o art. 57, §2º, da CF/88, determina que a sessão legislativa não será interrompida sem a aprovação do projeto de lei de diretrizes orçamentárias. A LDO não pode ser rejeitada e nem a sessão pode ser interrompida até que seja aprovada e também há quase consenso na doutrina em que não é possível a rejeição jurídica do Plano Plurianual.

Em caso de não recebimento da proposta orçamentária no prazo estipulado, o Poder Legislativo deve considerar como proposta a lei orçamentária vigente, conforme dispõe o art. 32 da Lei nº. 4320/64. Na realidade a omissão do Chefe do Executivo em não enviar a LDO para a aprovação caracteriza crime de responsabilidade.

Os 26 estados, o Distrito Federal e os municípios também fazem os seus próprios orçamentos, prevendo a arrecadação e os gastos que serão realizados com os impostos arrecadados por eles.

**Na interferência excepcional do Poder Judiciário**, temos o princípio da separação dos poderes está expresso no art. 2º da Constituição Federal nos seguintes termos:

São Poderes da União, independentes e harmônicos entre si, o Legislativo, o Executivo e o Judiciário.

A interferência excepcional ocorre muito no caso de fornecimento de remédios aos cidadãos com hipossuficiência que



necessitam de tratamentos e medicamentos, principalmente de alto custo, onde o poder público atrasa ou não disponibiliza a verba necessária para o custeio de tal fim. Violando assim o artigo 6º da Constituição da república.

Trata-se de dever do Poder Público cujo o atendimento deve ser integral, pois o fornecimento de remédio é mais que um direito a saúde, é o próprio direito à vida.

Cada um dos poderes tem sua autonomia independente uma da outra, porém ligadas em um só propósito, pois para que tenham harmonia entre eles deverão respeitar suas decisões desde que não ultrapassem o que está previsto na Constituição Federal de 1988. Ou seja, caso houver o descumprimento das normas previstas em lei, poderá assim um poder intervir na decisão do outro de forma excepcional.

Dessa forma, as normas que regem os estados federados costumam resguardar a autonomia (organização, administração e governo) dos entes federativos (União, estado, DF e município). Somente em circunstâncias especiais é permitido interferir na autonomia política dos entes federativos para manter a unidade e a existência da Federação. Este mecanismo é uma intervenção federal.

No direito brasileiro, a figura da Intervenção Federal surgiu com a Constituição de 1891 em seu art. 6º, que teve sua redação alterada mediante Emenda Constitucional de 3 de setembro de 1926. Posteriormente, a figura da intervenção foi prevista na constituição de 1934, 1937, 1946, 1967 e 1988.

O Ministro Luís Roberto Barroso define a intervenção Federal como:

“A intervenção federal consiste em mecanismo excepcional de limitação da autonomia do Estado-membro. Destina-se ela à preservação da soberania nacional, do pacto federativo e dos princípios constitucionais sobre os quais se erige o Estado Democrático de Direito.”

Como medida excepcional, compete ao Chefe do Poder Executivo (Presidente da República) decretar a intervenção em um dos entes federativos de ofício ou mediante provocação dos legitimados que estão previstos no artigo 36 da Constituição Federal de 1988.

Já de início em seu primeiro inciso é deixado claro que a criação de programas ou projetos que se encontram fora da Lei de Orçamento Anual(L.O.A), já que todos os projetos que vão ser executados pelo governo devem ser escritos por lá antes de serem executados. (Bruno, 2018)

Seguindo para o inciso II, vemos que esse artigo também veda a criação de despesas que excedam o L.O.A., pois no mesmo já tem todos os gastos que irão ser feitos pelo governo em meio ao ano que se passa. (Bruno, 2018)

O terceiro inciso é conhecido como regra de ouro do direito orçamentário e faz menção às operações de crédito, as quais não podem exceder as despesas do capital, sendo assim os governantes não podem endividar o país sem que esse seja em razão de um investimento que trará frutos no futuro. (Bruno, 2018)

O quarto inciso veda a vinculação dos impostos a um órgão ou qualquer entidade do governo, já que em regra o imposto recolhido não deve possuir uma vinculação em específico, cabendo ao Estado determinar o seu destino nos planos orçamentais. (Bruno, 2018)

O inciso quinto em seu texto traz a tona os créditos adicionais e diz que todo crédito podendo ele ser especial ou suplementar não pode ser aberto sem que haja a indicação de aonde irá ou sem uma autorização do órgão legislativo do país. (Bruno, 2018)

No sexto inciso há o veto sobre o remanejamento de recursos, já que como dito anteriormente todos os projetos são estabelecidos pelo L.O.A ou então pelo PPA ou pela L.D.O, sendo assim, não é possível esse remanejamento de recursos sem que o representante leve ao legislativo para que o mesmo autorize. (Bruno, 2018)

Novamente batendo na mesma tecla de que todos os planos orçamentais já foram anteriormente pré estabelecidos, o inciso sétimo veta a concessão de créditos ilimitados, já que todos os gastos foram descritos, existe então um limite para os gastos e para a solicitação de créditos. (Bruno, 2018)

O inciso VIII traz novamente a necessidade de autorização parlamentar, dessa vez negando aos governantes o uso de recursos, esses pertencentes a seguridade social, para que com eles o governante pague déficits de outras áreas. (Bruno, 2018)

No nono inciso estabelece o veto a criação de fundos sem a autorização parlamentar, não importando a qual área este fundo será designado, se não houver uma autorização do parlamento, o mesmo não poderá ser criado. (Bruno, 2018)

No inciso X é vedado a transferência de recursos ou a concessão de empréstimos pelos governos Federal ou estadual ou qualquer uma de suas instituições financeiras para o pagamento de despesas com o pessoal dos municípios e estados, sendo incluso em meio a essa negação a antecipação de receita. (Bruno, 2018)

O inciso XI proíbe a retirada de recursos do INSS para pagar outros ativos se não os que estão inclusos em meio aos pagamentos dos benefícios do RGPS. (Bruno, 2018)

Após todos esses incisos o artigo não se finaliza, o mesmo perdura mais um pouco com mais 5 parágrafos, sendo os três primeiros vedações a criação de capital fora do que foi estabelecido no PPA, vedando o perduramento dos créditos adicionais fora de seu prazo e sem um pedido de extensão ao legislativo, e por último no terceiro veta a criação de créditos extraordinários fora de situação imprevisível/urgente. (Bruno, 2018)

Os dois parágrafos finais estabelecem somente exceções a alguns incisos já falados anteriormente, onde dizem o seguinte:

§ 4.º É permitida a vinculação de receitas próprias geradas pelos impostos a que se referem os arts. 155 e 156, e dos recursos de que

tratam os arts. 157, 158 e 159, I, a e b, e II, para a prestação de garantia ou contragarantia à União e para pagamento de débitos para com esta.

§ 5º A transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação para outra poderão ser admitidos, no âmbito das atividades de ciência, tecnologia e inovação, com o objetivo de viabilizar os resultados de projetos restritos a essas funções, mediante ato do Poder Executivo, sem necessidade da prévia autorização legislativa prevista no inciso VI deste artigo.

**Créditos adicionais** são as autorizações de despesa não computadas ou insuficientemente dotadas na Lei de Orçamento.

Para isso, podem ser aprovados créditos adicionais. Dentre as espécies de créditos adicionais, que se dividem em:

- A. **Créditos Suplementares:** os destinados a reforço de dotação orçamentária, único crédito adicional exceção ao Princípio da Exclusividade, incorpora-se ao orçamento, enquanto o especial e o extraordinário conservam sua especificidade.
- B. **Créditos Especiais:** os destinados a despesas para as quais não haja dotação orçamentária específica, são autorizados por lei especial, não na LOA. Além do mais, é aberto por DECRETO do Executivo, após a autorização do Legislativo;
- C. **Créditos Extraordinários:** os destinados a despesas urgentes e imprevistas, em caso de guerra, comoção intestina ou calamidade pública, não depende de fonte de recursos e é aberto por MEDIDA PROVISÓRIA, no caso federal, e DECRETO, no caso estadual ou municipal.

A PPA, LDO, LOA e os créditos adicionais são apreciados pelas 2 casas do Congresso, na forma do regimento comum.

Pelo **princípio da exclusividade**, a LOA não poderá conter dispositivo que autorize a abertura de crédito destinado a atender dotação não prevista (crédito especial) no programa de trabalho inicialmente aprovado, nem autorização de crédito para despesas extraordinárias (crédito extraordinário). Isto é, os créditos especiais e extraordinários não são exceção ao princípio da exclusividade.

Segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal, a lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos SUPLEMENTARES e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei.

Os créditos ESPECIAIS e EXTRAORDINÁRIOS terão vigência no exercício financeiro em que forem autorizados, salvo se o ato de autorização for promulgado nos últimos 4 meses daquele exercício, caso em que, reabertos nos limites de seus saldos, serão incorporados ao orçamento do exercício financeiro subsequente.

A abertura de créditos SUPLEMENTARES e ESPECIAIS será precedida de exposição justificativa, e será necessária a existência de recursos disponíveis, o governo deve indicar o local onde sairá o recursos.

**A Lei Complementar 101/2000, conhecida como a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)**, busca a transparência na gestão pública, obrigando os administradores a divulgar relatórios e demonstrativos dos gastos.

A LRF fixa limites para o -endividamento de União, estados e municípios e obriga os governantes a definirem metas fiscais anuais e a indicarem a fonte de receita para cada despesa permanente que propuserem. A partir da LRF, prefeitos e governadores foram impedidos de criar uma despesa por prazo superior a dois anos sem indicar de onde virá o dinheiro.

Já para combater os expressivos aumentos de gastos em anos de eleição, a LRF proíbe o aumento das despesas com pessoal nos

seis meses anteriores ao fim do -mandato e a oferta de receitas futuras como garantia para empréstimos, as famosas operações com antecipação de receita orçamentária no último ano de mandato.

Em caso de não cumprimento das normas, a LRF estabelece, até mesmo, sanções pessoais para os responsáveis, de qualquer cargo ou esfera governamental, como perda do cargo, inabilitação para emprego público, multa e prisão.

O valor aplicado pela Administração Pública na despesa com pessoal tem certos limites. De acordo com a Constituição Federal a despesa com pessoal ativo e inativo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios não poderá exceder os limites estabelecidos em lei complementar. Neste sentido, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) regulamentou este comando da Constituição Federal de 1988, que foi a fixação de limites para os gastos com pessoal. Na esfera federal, o limite máximo para gastos com pessoal é de 50% da receita corrente líquida. Para estados e municípios, o limite é de 60% da RCL. Se a despesa total com pessoal ultrapassar 95% desse limite, a LRF proíbe qualquer movimentação de pessoal que implique aumento de despesa.

De acordo com a LRF a despesa total com pessoal é composta pelo o somatório dos gastos do ente da Federação com os ativos, os inativos e os pensionistas, relativos a mandatos eletivos, cargos, funções ou empregos, civis, militares e de membros de Poder, com quaisquer espécies remuneratórias, tais como vencimentos e vantagens, fixas e variáveis, subsídios, proventos da aposentadoria, reformas e pensões, inclusive adicionais, gratificações, horas extras e vantagens pessoais de qualquer natureza, bem como encargos sociais e contribuições recolhidas pelo ente às entidades de previdência.

Além dessas despesas, os valores dos contratos de terceirização de mão-de-obra que se referem à substituição de servidores e empregados públicos também devem ser computados para fins de apuração do limite da despesa total com pessoal.

A LRF ainda altera a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), obrigando os administradores a incluir no orçamento o chamado Anexo de Metas Fiscais, com as metas de receitas, despesas, resultados nominal e primário, o montante da dívida pública e outros dados, essenciais a um planejamento financeiro eficaz. Também a Lei Orçamentária Anual (LOA), que define como serão gastos os recursos de cada ente federado, tem que obedecer aos parâmetros e limites fixados na LRF.

Receita corrente líquida é a soma de todas as receitas tributárias, de contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços, transferências e outras receitas, exceto a contribuição dos servidores para o sistema de previdência e assistência social deles e as receitas provenientes da compensação financeira entre diferentes sistemas de previdência.

Na **Fiscalização** quem faz é o Poder Legislativo, diretamente ou por meio dos tribunais de contas, o responsável por fiscalizar o cumprimento da LRF pelas três esferas do Executivo. Já o Poder Judiciário e o Ministério Público são fiscalizados pelos próprios órgãos internos de controle e pelos tribunais de contas, que devem alertar cada órgão quando o nível de gastos estiver próximo aos limites fixados pela LRF.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo das finanças públicas, dos orçamentos, das leis orçamentárias e de todo assunto que envolve a matéria orçamentária é de grande importância não só para o Direito, mas sim para a sociedade como um todo. Ter uma noção do assunto tratado, nos permite compreender que o Estado dispõe de mecanismos para arrecadação de impostos, os quais são destinados a consubstanciar a máquina pública e, conseqüentemente, melhor atender as demandas da sociedade em sua ordem econômica e financeira.

Além disso, a reflexão feita neste trabalho se faz

essencialmente relevante para transparecer que é de competência exclusiva do Chefe do Executivo propor projetos de lei que envolvam matéria orçamentária e, como tal competência é de exclusividade do Presidente da República, não admite-se possíveis equívocos no momento de elaboração de tais projetos, podendo este responder por crimes de responsabilidade. Tal prerrogativa se sustenta pela impossibilidade de funcionamento da máquina pública sem que haja um adequado planejamento orçamentário.

De uma forma geral, toda a sistematização aqui feita, explicitamente demonstrou que os orçamentos públicos seguem alguns critérios constitucionais, erguidos por uma série de princípios que, por sua vez, segmentam toda matéria orçamentária, bem como suas normas gerais, processo legislativo e as respectivas vedações constitucionais. Todo esse procedimento propicia a regularidade do orçamento público, desta forma, podendo estabelecer despesas que estejam em equilíbrio com toda arrecadação tributária, evitando o déficit orçamentário e promovendo assim a otimização da economia.

## **5. REFERÊNCIAS**

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRUNO, Emerson. CF/88 - Art. 167, §§ 1º e 4º (Vedações Constitucionais). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=LOK5eoPKtuM>. Acessado em 13/10/2020.

BRUNO, Emerson. CF/88 - Art. 167, Parte I a V. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hiRYKS-jO-Y>. Acessado em 13/10/2020.

Crédito Adicional. Disponível em : <http://plataformamaisbrasil.gov.br/ajuda/glossario/credito-adicional#:~:text=%22S%C3%A3o%20cr%C3%A9ditos%20adicionais%20as%20autoriza%C3%A7%C3%B5es,%3A%20suplementares%2C%20especiais%20e%20extraordin%C3%A1rios>. Acessado em 14/10/2020.



Intervenção federal e o Poder Judiciário - Jus.com.br. Disponível em <https://jus.com.br/artigos/29984/intervencao-federal-e-o-poder-judiciario>. Acessado em 12/10/2020.

Leis orçamentárias — Portal da Câmara dos Deputados. Disponível em <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias>. Acessado em 12/10/2020.

LRF, Lei de Responsabilidade Fiscal, os limites para o endividamento de União, estados e municípios e as metas fiscais anuais. Disponível em <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/contas-publicas/realidade-brasileira/lrf-lei-de-responsabilidade-fiscal-os-limites-para-o-endividamento-de-uniao-estados-e-municipios-e-as-metas-fiscais-anuais.aspx#:~:text=Na%20esfera%20federal%2C%20o%20limite,que%20implique%20aumento%20de%20despesa>. Acessado em 16/10/2020.

Notícias STF :: STF. Disponível em <http://stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=320096>. Acessado em 11/10/2020.

O Processo Legislativo Orçamentário e suas Peculiaridades. Disponível em <http://www.conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/29750/o-processo-legislativo-orcamentario-e-suas-peculiaridades>. Acessado em 11/10/2020.

ORÇAMENTO DA UNIÃO. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/orcamento-da-uniao/leis-orcamentarias/loa/lei-orcamentaria-anual-loa>. Acessado 11/10/2020.

Orçamento Federal. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento/legislacao-orcamentaria>. Acessado 11/10/2020.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. Direito Constitucional Descomplicado. Ed. 14. Rio de Janeiro. São Paulo: MÉTODO. 2015.

PAULO, Vicente; ALEXANDRINO, Marcelo. Direito Constitucional Descomplicado. 15º edição. Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: Método, 2016.

**PLANEJAMENTO E PROCESSO DECISÓRIO COMO  
INSTRUMENTOS DO TRABALHO GERENCIAL DE ENFERMAGEM  
EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Isadora Alves  
Cristina Silva  
Millena Pereira  
Patrícia Teixeira  
Pollyanna Amaral  
Teresinha Brito  
Juliana Xavier

**Palavra- chave:** Processo, Planejamento, Instrumentos do trabalho gerencial, Competência gerencial do enfermeiro.

## **1. INTRODUÇÃO**

A complexa composição do hospital moderno tem implementado o enriquecimento de conhecimento e de tecnologia, os quais são exercidos de acordo com cada área de sua atuação, dentre essas divisões tem-se o enfermeiro o qual tem a função de prestar assistência desenvolvendo ações administrativas e assistenciais, coerente com o cuidado oferecido ao paciente. Devido a isso o enfermeiro está em constante mudança no seu processo de trabalho, a tomada de decisão é de grande peso para o profissional dada a constante adaptação englobando o gerenciamento, sendo ela dividida em cinco etapas: a identificação do problema, a coleta de dados, a descrição de possíveis soluções, a decisão e a avaliação (ALMEIDA *et al*, 2011).

É exigido do gerenciamento em enfermagem determinadas competências, tanto cognitivas, técnicas ou atitudinais com a inclusão

de estratégias administrativas, de acordo com a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 disposta no 11º artigo do COFEN sobre a determinação da ação da enfermagem, ou seja, o ato de gestão é verificado de maneira privativa ao enfermeiro (JORGE *et al*, 2007).

Dentro do gerenciamento na enfermagem é encontrado e implementado o planejamento e o processo para que assim possa ser completa e concluída a ação do enfermeiro. O planejamento é a confirmação de algo que possa vir a ser no futuro, mas para acontecer o processo tem que estar junto do ato de planejar que de acordo com CIAMPONE *et al*, (1998):

“O planejamento é utilizado com bastante frequência sendo este mencionado como importante nas seguintes situações: desenvolvimento de projetos; realização das atividades o assistir/cuidar, planejamento dos recursos humanos e materiais, nas situações de mudança, na implementação de programas na unidade, na sistematização da assistência de enfermagem, no desenvolvimento de pessoal e no estabelecimento de normas e rotinas.”

Dependendo do autor e da literatura consultada as etapas do planejamento apresentam variações com tudo é possível além de elencar algumas etapas obrigatórias, que estão contempladas na maioria das metodologias, ainda que com nomes diferentes. O planejamento é dividido basicamente em quatro etapas: Avaliação do ambiente, Elaboração da estratégia, Desenvolvimento do plano de execução e Envolvimento das pessoas (CIAMPONE *et al*, 1998).

Dentro do gerenciamento na enfermagem, o profissional deve ser capacitado para um atendimento eficaz e imediato, o que se aplica a urgência e emergência, a qual tem essa necessidade de ser prática e rápida fazendo assim com que o enfermeiro tendo todos os cuidados e precauções saiba agir corretamente (MOURA, 2018).

Tendo em vista os pontos a serem abordados neste artigo, o qual tem a finalidade de mostrar como é o trabalho de gerenciamento do enfermeiro no setor de urgência e emergência, revisando os

instrumentos de trabalho gerencial no intuito de informar o leitor sobre o processo do planejamento e a administração na enfermagem. O processo, o planejamento e o trabalho gerencial tem grande relevância no meio profissional da saúde pois a partir deste é possível ter conhecimento e saber atuar em relação à liderança, o trabalho em equipe, o melhor funcionamento do setor de atuação, o atendimento e como ter o profissionalismo.

## **2. METODOLOGIA**

Para o desempenho deste artigo acadêmico, o qual é apresentado com caráter qualitativo e informativo, foram executadas pesquisas em artigos científicos datados de: 1977 até 2018 em distintas plataformas, tais como: Google Acadêmico, Scientific Electronic Library online (scielo), Revistas Digitais, Artigos e Livros nos idiomas: Português, Espanhol e Inglês, por meio dos descritores: Gerenciamento na urgência e emergência, O que é processo, O que é planejamento, Competência gerencial do enfermeiro.

## **3. RESULTADO E DISCUSSÃO**

De acordo com a descrição feita por AURÉLIO em seu dicionário a urgência é definida como algo que necessita ser feito com rapidez, já a emergência refere a uma situação crítica, delicada, levando esses conceitos a área da saúde, a urgência é tratada como um procedimento clínico, agudo e a emergência é tratada como um processo de risco iminente de vida, diagnosticado e tratado nos primeiros instantes. O Ministério da Saúde tem uma organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um dos pilares, onde a urgência e emergência intervêm organizadamente sobre as doenças e agravos (MOURA, 2018).

Em ambiente hospitalar situações de calma e estresse são muito comuns e oscilam de maneira proeminente, tendo como principais prevalências situações como de urgência e emergência que infligem ações de cautela e atenção no atendimento e gerenciamento de ambos setores, onde o processo e planejamento evidenciam-se como fundamentos organizacionais nas práticas do processo decisório e implementação do trabalho gerencial, que reflete na competência gerencial cabida diretamente ao enfermeiro. Onde a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem presume que o planejamento, a tomada de decisões, supervisão e avaliação articulam-se de modo que a centralidade da assistência seja de maneira excelente assegurando desfecho satisfatório nos serviços prestados a pacientes que se encontrem em situação agravantes. (SILVA *et al*, 2014)

No entanto, ao avaliar o processo de planejamento e outras questões sobre sua elaboração é interessante ter uma grande visão de suas etapas (ALBUQUERQUE, 1977).

- Avaliação do Ambiente

A avaliação de ambiente é o momento para coletar informações e construir um consenso sobre a situação atual da empresa, isso significa criar uma visão compartilhada da organização entre todas as pessoas nesse sentido, as informações levantadas podem se referir a aspectos externos e internos. Portanto, as metas devem ser factíveis e desafiadoras, mas também não podem ser impossíveis ou muito fáceis de conquistar, o ideal é que a empresa possua metas SMART: específicas, mensuráveis, atingíveis, relevantes e temporais.

Cada objetivo tem indicadores drivers (direcionadores) e um indicador outcome (resultante), desta maneira é de simplificado entendimento de como os indicadores estão conectados e o que está ocorrendo corretamente (ou errado) na estratégia, então os

indicadores sinalizam o caminho percorrido (ALBUQUERQUE, 1977).

- **Elaboração da Estratégia**

Uma das etapas do planejamento fundamental é a elaboração da estratégia. Após entender os fatores ambientais que cercam a empresa, o próximo passo é pensar na estratégia propriamente dita para assim alcançar seu objetivo (ALBUQUERQUE, 1977).

- **Desenvolvimento do Plano de Execução:**

O plano de execução é o coração do planejamento estratégico, ele é consequência direta das outras duas etapas, o mesmo é o detalhamento da estratégia, que permite o seu monitoramento. Dessa forma, ele funciona como a rota pré-estabelecida para alcançar a visão de futuro, o qual também compõe o plano de execução.

Cada objetivo vai ter uma meta e um indicador, o objetivo é aquilo que a empresa deseja alcançar, já a meta é um patamar de um indicador de desempenho que a organização precisa chegar, geralmente superior aos níveis atuais já que envolve mudanças (ALBUQUERQUE, 1977).

- **Envolvimento das Pessoas:**

É possível dizer que esta última etapa permeia todas as etapas anteriores, afinal, todas elas incluem pessoas envolvendo-as tornando elas parte da estratégia de negócio, garantindo que elas compreendam, aprovelem e se comprometam com tal estratégia, contudo, não é simples gerar engajamento é preciso fazer um esforço coletivo, com base em muita comunicação, é apresentada algumas práticas interessantes para ajudar no envolvimento das pessoas as quais seriam: Treinar e desenvolver as pessoas para que seja feito

um trabalho melhor; Incluir as pessoas como participantes do planejamento estratégico, seja no comitê estratégico ou em um pedaço do planejamento; Reforçar a missão, visão e valores da empresa aos colaboradores; Investir no alinhamento dos times com a estratégia; Apostar em canais de comunicação e educação, como uma Universidade Corporativa (ALBUQUERQUE, 1977).

### **3.1 Processo Decisório**

O processo decisório está conectado ao cotidiano do profissional como o enfermeiro que constantemente define certas metas para assim poder atingir certos objetivos que só podem fluir com um planejamento e uma decisão específica, para isso ser melhor exercido foram criadas cinco etapas (PORTO, 2004):

- “A identificação do problema descreve com clareza a situação ou problema definindo a partir daí as causas para a melhor compreensão da situação.
- A coleta de dados: colhe e levanta informações necessárias que permitam o melhor entendimento da situação do paciente, para isso deve-se ouvir todos os envolvidos e fazer um estudo de opiniões para melhor solucionamento.
- A descrição de possíveis soluções: lista as propostas de soluções considerando a visibilidade e os efeitos esperados de cada um.
- Decisão: optar pela melhor opção considerando os objetivos a serem alcançados, os recursos disponíveis e a técnica a serem aplicadas.
- Avaliação: verifica se o problema inicial foi resolvido e quais as consequências a tomada de tal decisão trouxe, caso não tenha alcançado os objetivos determinados para outra solução”. (PORTO, 2004).

### **3.2 Instrumentos do Trabalho Gerencial.**

- Procedimentos Operacionais Padrão (POP).

O procedimento operacional padrão POP é um registro que agrupa informações no intuito de padronizar e otimizar os serviços

prestados por uma empresa onde padroniza-se processos, departamentos, rotinas de trabalho e atividades desempenhadas por profissionais. Tendo como objetivo assegurar a qualidade do serviço oferecido pela empresa ou instituição de forma a seguir um padrão estabelecido que vise reduzir os erros cometidos na prestação de serviços, onde ALMEIDA et al (2011) aborda em seu estudo que:

"A padronização dos procedimentos, apontada no grupo focal como instrumento gerencial que apoia a tomada de decisão do enfermeiro, indica como acontece a organização do serviço de enfermagem. Para os sujeitos, o POP permite que todos os trabalhadores prestem cuidado padronizado para o paciente dentro dos princípios técnicos e científicos e ainda contribui para dirimir distorções adquiridas na prática, Assim, ele também tem a finalidade educativa". (ALMEIDA et al, 2011)

- Administração de Tempo

A administração do tempo propõem-se na execução do gerenciamento, onde caracteriza-se pelo domínio do processo de planejar e executar determinada(s) função(s), na Enfermagem a falta da gerência de tempo traz consigo consequências que refletem mau hábito na assistência de Enfermagem, causando atraso, má organização ou até mesmo a não prestação do procedimento requerido, mediante a isso ALENCAR, (2004) mostra que *"admirar o tempo e planejar as atividades que iremos desenvolver durante o dia, ressaltando as prioridades, delegando atividades e mantendo o nosso ambiente de trabalho sempre organizado"*. (ALENCAR,2004)

- Autonomia

A autonomia no cenário hospitalar vêm se intensificando cada vez mais, tornando possível que o profissional de Enfermagem atue com melhor eficácia no processo cuidativo, onde de acordo com BUENO, (2006)



"O trabalho em saúde tem características próprias que inclui um conjunto de saberes e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um determinado problema de saúde, conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando-o como um objeto de ação de saúde". (BUENO, 2006)

Seguindo o contexto, o enfermeiro juntamente com sua equipe tem como responsabilidade a atuação palpável direcionada ao cliente, onde a autonomia dos devidos profissionais está inclinada para a divisão de tarefas, que a partir disso pode desencadear conflitos internos ponderando de maneira negativa na assistência de enfermagem se não praticada de forma ordenada e precisa. (BUENO, 2006)

- Mediação de conflitos e negociação

No decorrer no cotidiano dos profissionais de enfermagem a tomada de decisões e caracterizada como a conduta de um processo padronizado e sistematizado, dimensionado pela diligência da gerência, entretanto conflitos e a desarmonia de negociação e presente, com bastante relevância na equipe Médica e de Enfermagem em relação a competência e responsabilidade que ambos têm para com o paciente, contudo ALMEIDA *et al*, (2011) aponta em sua pesquisa aspectos com relação a estratégias de resolução de conflitos citando que:

"o comprometimento, em que cada uma das partes abre mão de alguma coisa desejada; a abordagem competitiva, quando uma das partes busca o que deseja sem se importar com os demais; e a cooperação, considerada como o oposto da competição. Sob esta ótica, várias estratégias podem ser utilizadas, dependendo da situação, que envolve inúmeras variáveis, como a própria urgência na tomada de decisão, a importância da questão e a maturidade dos indivíduos envolvidos".(ALMEIDA *et al*, 2011)

A equipe de enfermagem é o maior grupo composto de profissionais dentro de uma instituição de saúde, onde o chefe de enfermagem é o elemento principal tanto da gestão como membro da equipe. O enfermeiro chefe é o responsável pela tomada de decisões, garantindo assim a eficácia no bom funcionamento organizacional, motivando a equipe que está em sua responsabilidade por liderar.(FRADIQUE *et al*, 2013)

Há grandes mudanças ocorridas no serviços de saúde, em especial no trabalho da enfermagem, onde estão assumindo mais responsabilidades administrativas, trazendo assim grande transformação que por sua vez exige do profissional uma ampla competência em que as combinações de conhecimento, habilidade e atitude serão evidenciadas no agir profissional e também nas relações sociais, juntamente ligadas ao trabalho em equipe nas instituições, sabendo que a função gerencial é uma atividade "meio" e o cuidado é uma atividade "fim" exigindo assim uma demanda de algumas instituições que se sobrepõe aos cuidados, gerando assim contradições em relação às ações que almejam os atos burocráticos e não um gerenciamento onde se tem o cuidado como foco (SILVA, 2014).

Portanto a grande maioria das instituições de saúde onde as quais os enfermeiros de urgência e emergência estão inseridos encontram-se distantes de alcançar uma realidade, pois existe dificuldade em ter uma articulação de gerenciar e cuidar. As reflexões sobre a prática do enfermeiro de emergência fornece ainda grande desafio a este profissional, o principal desafio encontra-se na junção das diversas competências gerenciais, onde valoriza de tal maneira o aspecto técnico como um dos elementos principais para uma prática produtiva (MONTEZELLI, 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dentro das urgências e emergências tem-se ampliado o conceito de saúde que exige uma participação multiprofissional no atendimento prestado, portanto nestes locais necessitam de respostas rápidas, ter uma equipe qualificada com facilidade de comunicação, sendo capaz de tornar decisões assertivas. Todo o trabalho em uma unidade de urgência e emergência é dinâmico pois toda a equipe envolvida irá determinar a competência funcional de resposta, diante deste cenário o enfermeiro gerente obtém uma sincronia no trabalho em equipe, tendo assim um atendimento de qualidade com diminuição dos erros, proporcionando melhores resultados ao paciente.

De acordo com o que foi abordado nesse artigo, pode-se afirmar que o gerenciamento está de maneira ativa no planejamento e processo decisório do trabalho, onde esses quesitos são explícitos no setor de urgência e emergência mediante a maneira de sua gerência, onde engloba-se os instrumentos do trabalho como as etapas do processo de planejamento, o processo decisório e estratégias de organização como: O pop, administração de tempo, autonomia e mediação de conflitos e negociação.

Pontos relevantes na liderança do enfermeiro chefe diante ao setor de urgência e emergência, como na maioria das vezes o enfermeiro vai se deparar com a situação de urgência e emergência especialmente a parada cardiorrespiratória, este deve estar pronto para atuar com competência iniciando logo as manobras básicas de reanimação o que também irá determinar uma tomada de decisão rápida e de liderança.

## REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, M. L.; SEGUI, M. L. H.; MAFTUM, M. A.; LABRONICI, L. M.; PERES, A. M. **Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar.** Texto contexto- enfermagem, vol.20, n. 1, Florianópolis, 2011. Acesso em 12 de outubro de 2020.
2. PORTO, G. S. **Características do processo decisório na cooperação empresa- universidade.** Rev. adm. contemp., vol.8, n.3, p.29- 52, Curitiba, 2004. Acesso em 12 de outubro de 2020.
3. JORGE, M. S. B.; FREITAS, C. H. A.; NÓBREGA, M. F. B.; QUEIROZ, M. V. O. **Gerenciamento em enfermagem: um olhar crítico sobre o conhecimento produzido em periódicos brasileiros (2000- 2004).** Revista Brasileira de Enfermagem, vol.60, n.01, Brasília, 2007. Acesso em 12 de outubro de 2020.
4. ALENCAR, K. S; DINIZ, R. C. M; LIMA, F. R. F. **Administração do Tempo nas Atividades de Enfermagem de uma UTI.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 57, n. 4, p. 417-420, Aug. 2004 Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672004000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000400006) &lng=en&nrm=iso>. acesso em 13 Outubro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000400006>.
5. BUENO, F. M. G; QUEIROZ, M. de . **O Enfermeiro e a Construção da Autonomia Profissional no Processo de Cuidar.** Rev. bras. enferm. , Brasília, v. 59, n. 2, pág. 222-227, abril de 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672006000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 13 de outubro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000200019> .
6. CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M.; SILVA, M. R. B.; PEREIRA, I. **Processo de planejamento na prática da enfermagem em um hospital de ensino.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol.32, n.03, São Paulo, 1998. Acesso em 12 de outubro de 2020.
7. ALBUQUERQUE, M. C. C. **O processo de planejamento: uma classificação e sua aplicação nos países subdesenvolvidos.** Revista de Administração do Empresário, vol.17, n.04, p.07- 16, São Paulo, Agosto, 1977. Acesso em 13 de Outubro de 2020.
8. SILVA, D. S.; BERNARDES, A.; GABRIEL, C. S.; ROCHA, F. L. R.; CALDANA, G. A. **A liderança do enfermeiro no contexto dos**

**serviços de urgência e emergência.** Revista eletrônica de enfermagem, vol.16, n.01, p.211- 219, março, 2014. Acesso em 12 de outubro de 2020.

9.MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. **Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol.64, n. 02, p.348- 354, abril, 2011. Acesso em 12 de outubro de 2020.

10.MOURA, A.; CARVALHO, J. P. G.; SILVA, M. A. B. **Urgência e Emergência conceitos e atualidades.** Saúde e conhecimento- Jornal de medicina univag, n. 01, 2018. Acesso em 13 de outubro de 2020.

11.FERREIRA, AURÉLIO B. de HOLANDA. **Mini Aurélio escolar século 21, o minidicionário da língua portuguesa**, 4º edição, 2001.

12. FRADIQUE, Maria de Jesus; MENDES, Luís. **Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.** Revista de Enfermagem Ref., Coimbra , v.03, n. 10, p. 45-53, jul. 2013 . Acesso em 12 de outubro de 2020.

# CONTRIBUIÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA O CONSULTÓRIO DE RUA

Robson Ribeiro Rezende

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Enfermeiro; Consultório de Rua.

## 1 Introdução

O modelo da Reforma Psiquiátrica é contemporâneo no Brasil, haja vista que a eclosão da mesma ocorreu em meados da década de 1970, em favor a mudança do modelo hospitalocêntrico, excludente e repressivo vigente na época. Onde os pacientes eram excluídos do convívio social e viviam em condições subumanas dentro das instituições asilares. Sendo assim, impulsionado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, formado por trabalhadores, familiares e sindicalistas, emerge a crítica à violência dos manicômios e a mercantilização da loucura (BRASIL, 2005).

Impulsionados por uma série de fatores marcantes, dentre eles o Hospital Psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, apresentando relatos de maus tratos e mortes de vários pacientes, estimulou a construção de uma rede de cuidados que fosse substitutiva ao hospital psiquiátrico. Já no ano de 1987, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil, na cidade de São Paulo (BRASIL, 2005). No ano de 1989 o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado deu início as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativos e normativos (BRASIL, 2005). Já em abril de 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216 que propôs a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência as pessoas portadoras destes transtornos (BRASIL, 2001).

Criada através da portaria MS/GM nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011, na qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A Atenção Básica constitui-se de um conjunto de ações de saúde seja no âmbito individual ou coletivo e abrange desde a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, redução de danos até a reabilitação da saúde, objetivando uma atenção integral à saúde e que proporcione autonomia às pessoas (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é desenvolvida no mais alto grau de descentralização e capilaridade, na tendência de aproximar-se cada vez mais da vida das pessoas, considerando os sujeitos na sua singularidade e inserção social, com objetivo de alcançar atenção integral. Orientada pelos princípios organizativos e diretrizes do SUS, a Atenção Primária a Saúde é pautada na universalidade, acessibilidade, continuidade do trabalho, vínculo, integralidade da atenção, equidade e participação social (BRASIL, 2011).

Sendo assim, a assistência aos pacientes em vulnerabilidade social e em condições de rua é de responsabilidade de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, com destaque especial para a atenção básica. Portanto para um melhor cuidado a esta clientela, é lançado mão os consultórios de rua, que são compostos por equipes de atenção básica, que desenvolvem suas atividades de forma itinerantes, com responsabilidade exclusiva de articular e prestar cuidados integrais às pessoas em situações de sua (BRASIL, 2011).

Este estudo teve como objetivo identificar o trabalho das Equipes de Consultório de Rua, relatado na literatura no período de 2013 a 2018.

## **2 Metodologia**

Trata-se de um estudo de Revisão da Literatura de caráter descritivo, no qual é desenvolvido com base em materiais já publicados, constituídos principalmente por livros e artigos científicos. Possui como vantagem o fato de possibilitar uma investigação ampla

dos fenômenos. Assim como se torna indispensável para estudos históricos, haja visto que em muitas situações, não há outra maneira de conhecer os fatos passados, senão por uma base de dados bibliográficos (GIL, 2002).

Por se tratar de uma pesquisa de caráter descritiva, possui como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno, sob a ótica de utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como questionário ou observação sistemática (GIL, 2002).

A revisão bibliográfica foi realizada por meio de busca *online* nas bases de dados LILACS, BDNF, IBICS e MEDLINE. Foi realizado levantamento dos artigos adotando três Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): enfermeiro; consultório na rua; saúde mental. Os critérios de inclusão foram resumos disponíveis nas bases de dados e o critério de exclusão foram artigos que não se adequem ao objetivo da pesquisa. A análise dos dados foi realizada em duas etapas, sendo que na primeira, identificado os dados de localização do artigo, autores, título, ano e bases de dados e na segunda, realizado a análise propriamente dita, na qual o conteúdo foi explorado por meio de revisão crítica.

## **Revisão da Literatura**

### *População em situação de rua (PSR)*

Embora grande parte dos estudos sobre população em situação de rua, tenha sido realizada no século XX, há relatos de sua existência desde o século XIV e logo conclui-se que a população em situação de rua não teve a devida atenção nos séculos anteriores, visto que cada ano que se passa mais indivíduos utilizam a rua como moradia. Ao passo que desde após a Revolução Industrial, este fenômeno veio aumentando, relacionado ao processo da ruptura social decorrentes das mudanças no mundo capitalista, sobretudo na modificação do capitalismo financeiro e do neoliberalismo, produzindo



agudas desigualdades sociais ao longo deste processo (SANTOS, 2013).

No Brasil o termo PSR não é tanto a ausência de casa propriamente dito, mas sim a situação do sujeito em relação à rua (SANTOS, 2013). Segundo Santos (2013), o surgimento da população em situação de rua também é uma das imagens da exclusão social, que a cada vez atinge e prejudica uma quantidade maior de pessoas que não estão dentro dos rótulos impostos pela sociedade atual modelo econômico, exigindo do trabalhador uma qualificação profissional, sendo esta inacessível a maioria da população.

Portanto a população que vive nas ruas, na impossibilidade de reconhecimento social, dignidade humana, assim como cidadania, vivenciam uma situação de exclusão nas suas diversas dimensões, sendo as vezes privadas de vínculos familiares e sociais, logo sem condições mínimas para sobreviver. Seguidamente, estas pessoas na grande maioria das vezes não são percebidas pelas outras que passam, ou são definitivamente ignoradas devido a sua condição de inutilidade social, vistas pelo senso comum como drogados, perigosos e sujos, ou seja são invisíveis, não obstante incomodam (SANTOS, 2013).

O cenário dos personagens de rua, que o compõem, perpassa o panorama de mendicância. São homens, mulheres, idosos, crianças, e até mesmo famílias, que muitas das vezes foram concebidas na própria rua. Contudo, viver na rua pode nem sempre significar viver sem dinheiro, pois muitos indivíduos dela obtêm seu sustento, bem como não expressa viver sozinho, uma vez que os indivíduos podem nela estabelecer novos vínculos (SANTOS, 2013).

Percepção dos usuários frente ao consultório de rua (CR)

De acordo com Lima (2015), a atuação dos profissionais do consultório de rua, segundo a percepção de usuários é tida como positiva, haja visto que os mesmos atuam em dias e horários

definidos, culminando num vínculo e adesão maior por parte dos usuários, pois eles sabem previamente quando poderão contar com CR.

De acordo com Lima (2015), sob a ótica dos usuários, quando indagados sobre o que era mais interessante no trabalho do CR, estes relataram: dedicação e preocupação da equipe para com os usuários, assim como a perseverança e resolubilidade, pois a equipe viabiliza os encaminhamentos necessários e buscam resolver as demandas emergidas pelos usuários.

Em conformidade com Lima (2015), os pacientes elogiaram o atendimento oferecido pela equipe de saúde bucal, como um trabalho diferenciado, enaltecendo ainda a assistência recebida pela equipe de uma maternidade, onde as ações supriram as necessidades relativas à gestação e por fim exaltaram o atendimento recebido pela casa de acolhida, como de extrema importância, pois por intermédio do CR que muitos conseguiram esta acolhida, demonstrando sentimento de afeto e gratidão.

### **As contribuições da equipe para os pacientes em situações de rua**

De acordo com Delgado et al., (2017) o CR tem como ponto positivo o trabalho de promoção à saúde com população de vulnerabilidade social, tais como: travestis, profissionais do sexo, pessoas abrigadas em instituições sociais, assim como a realização de atividades em horários diversos e em diferentes lugares, além da visita *in loco* dos diversos profissionais, exceto administrativo, com distribuição de insumos adequadamente para promoverem a redução de danos, exemplo: seringas e agulhas.

A contribuição de uma equipe multiprofissional a população em situação de rua, perpassa a uma visita e entrega de kits de redução de danos, realizam atividades culturais e lúdicas, principalmente com crianças e quando em campo, realizam coleta de

escarro, baciloscopia e atenção às doenças infectocontagiosas mais prevalentes. Ponto negativo para a equipe é a dificuldade para dar continuidade no acompanhamento, uma vez que a população em questão é móvel, de grande circulação e poucos vínculos (DELGADO, *et al* 2017).

De acordo com Lima (2015), a presença de uma equipe interdisciplinar é importante, pois há integração entre diversos saberes e especificidades profissionais, facilitando as ações e tomadas de decisões, além de priorizar o cuidado e a atenção dos membros da equipe entre si. E ainda, segundo Lima (2015), para ampliar o conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis e drogas, faz-se necessário ressaltar o diálogo sobre esses temas, sem preconceitos, com uso de linguagem acessível na perspectiva de redução de danos.

Em conformidade com Delgado et al., (2017) os profissionais que atuam no CR o consideram como um facilitador da chegada dos usuários em situação de vulnerabilidade, ao mesmo tempo em que identificam um fracasso nessa função pois o serviço tem dificultado o acesso dessa população.

De acordo com Delgado et al., (2017) as principais funções do consulório de rua segundo relato dos participantes da pesquisa, foram:

1. Resgatar a cidadania e garantir os direitos da população em situação de rua.
2. Ressocializar a população em situação de rua.
3. Entender a dinâmica de vida da população em situação de rua.
4. Garantir o acesso da população em situação de rua ao SUS.
5. Empoderar os usuários.
6. Realizar um trabalho específico e não especializado.

7. Promover o cuidado à população em situação de rua a partir da equidade.
8. Ser porta de entrada para a saúde.
9. Trabalhar a partir da política de redução de danos.
10. Tratar na rua aqueles que não conseguem chegar a unidade de saúde.
11. Promover ações de saúde locais para aqueles que não chegam aos serviços.
12. Estabelecer vínculos respeitosos com os usuários a partir da escuta e do acolhimento.
13. Promoção e prevenção da saúde.
14. Ofertar atendimento clínico e em saúde mental.
15. Fazer articulações com o intersetor.
16. Dar visibilidade à população em situação de rua diminuindo seu estigma.

Em anuência com Delgado et al., (2017), os dados de sua pesquisa evidenciam que os serviços realizam ações voltadas para redução de danos a exemplo da substituição do crack por maconha em caso de pacientes acometidos pela tuberculose e uma solicitação da equipe para que o comércio local não vendesse *thinner* para os usuários. Além de ações, tais quais:

1. Distribuição de insumos como preservativos e protetores labiais.
2. Orientação quanto ao uso de substâncias.
3. Vacinação.
4. Complementação alimentar calórica.
5. Elaboração e execução de atividades em grupo com orientação para a população em situação de rua.
6. Distribuição de cachimbos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados do estudo corroboram com verificações importantes primeiro, políticas públicas no Brasil nessa área parecem solidificadas e voltadas para a prioridade da atenção integral e da humanização dos usuários em situação de rua, segundo o consultório de rua atua em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental e terceiro que o trabalho realizado pela equipe multiprofissional respeita os princípios do Sistema Único de Saúde no que tange à equidade, resolubilidade e integralidade, além de fortalecimento de vínculos com a clientela assistida.

Os achados deste estudo levam a uma reflexão sobre a importância da Equipe de Consultório de Rua para a população de vulnerabilidade social, uma vez que eles levam não apenas promoção e prevenção de saúde, mas também empatia, humanização e compaixão para com as pessoas.

O cenário das pessoas que vivem em situação de rua é composto por homens, mulheres, jovens, crianças, idosos e até mesmo famílias concebidas na própria rua, o que não significa que viver na rua é viver sem dinheiro, pois muitos indivíduos dela obtêm seu sustento.

A contribuição da equipe perpassa a uma visita ou entrega de quites de redução de danos. Realizam atividades lúdicas e culturais, principalmente para crianças e coletam materiais, em especial às doenças infectocontagiosas. Destaca como ponto negativo a dificuldade para dar continuidade no acompanhamento destes pacientes, uma vez que esta população é constante, de grande circulação e de poucos vínculos.

Por fim, os usuários percebem o trabalho da Equipe de Consultório de Rua de forma positiva, pois atuam em dias e horário pré estabelecidos, culminando num maior vínculo dos usuários a equipe. Referem ainda, dedicação e preocupação da equipe para com

os mesmos, pois resolvem seus problemas com atenção integral.

Diante do exposto, nota-se a necessidade de mais estudos voltados para esta área. Seja pela forma de clarear os trabalhos desenvolvidos ou até mesmo de incentivar e mobilizar mais profissionais a atuar com excelência para fazer a diferença junto a estas pessoas que vivem às margens da sociedade.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em saúde mental: 1990 – 2004*. 4. Ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 12 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e políticas de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

DELGADO, G. G. et al. Missão e Efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 41, n. 114 p. 963 – 975, jul./set. 2017.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo. Atlas, 2002.

LIMA, H. Z. Consultório na Rua: Atenção as Pessoas em Uso de Substâncias Psicoativas. *Psicologia em Estudo*. Maringá, v. 20, n. 1 p. 57- 69, jan./mar. 2015.

SANTOS, C. F. *O Processo do Cuidado na Saúde da População em Situação de Rua: Um Olhar para Além das Políticas Públicas*. 2013. 26f. Monografia de Pós Graduação- Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul- IFRS, Porto Alegre, 2013.

**Revista Eletrônica da Faculdade Noroeste**