

Denise Pereira
Maristela Carneiro
(Organizadoras)

Investigação Científica nas Ciências Sociais Aplicadas 3



Denise Pereira
Maristela Carneiro
(Organizadoras)

Investigação Científica nas Ciências Sociais Aplicadas 3



2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof^a Dr^a Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Prof^a Dr^a Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof^a Dr^a Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof^a Dr^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
162	<p>Investigação científica nas ciências sociais aplicadas 3 [recurso eletrônico] / Organizadoras Denise Pereira, Maristela Carneiro. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Investigação Científica nas Ciências Sociais Aplicadas; v. 3)</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistemas: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-897-7 DOI 10.22533/at.ed.977192312</p> <p>1. Ciências sociais. 2. Investigação científica. 3. Pesquisa social. I. Pereira, Denise. II. Carneiro, Maristela. III. Série.</p> <p style="text-align: right;">CDD 300.72</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Os pensadores que realizaram as primeiras investidas efetivas no campo dos estudos sociológicos em fins do século retrasado, nomes como Marx e Durkheim, ocuparam-se de pintar com uma paleta científica paisagens até então dominadas pelas cores planas e pouco variadas do senso comum, do pensamento religioso e de uma ampla cadeia de preconceitos. Para estes pensadores, o desafio era desenvolver regras gerais e algo semelhante a uma física para uma matéria prima aparentemente tão amorfa e envolta em tabus quanto o complexo emaranhado de relações estabelecidas no seio das aglomerações humanas.

A afirmação de que, em relação a outros campos de conhecimento, as Ciências Sociais são jovens, já se converteu em uma máxima confortável, demasiado utilizada. Por um lado, é certo que o interesse por observar os fenômenos sociais à luz do método científico se articulou concretamente entre os séculos XIX e XX, mas estes fenômenos já haviam sido estudados, ainda que em menor escala, mediados por outros filtros.

Talvez em razão disso, as Ciências Sociais se debatam, na economia simbólica do cotidiano, com lutas ainda mais ferozes que outros saberes mais estabelecidos. Há quem questione a forma do planeta, o nível de participação humana no aquecimento global ou a efetividade das vacinas, especialmente nos dias em que vivemos, quando a negação da validade do conhecimento de ordem científica cresce a olhos vistos. Entretanto, a rejeição em relação aos conhecimentos que a Física, a Geografia e a Biologia têm a oferecer ainda é pequena em comparação àqueles que emanam das Ciências Sociais e de sua área irmã, as Humanidades.

São realmente muitos os tabus envoltos na vida em sociedade, dado o volume de tópicos fundamentais à vida em sociedade que são considerados por vezes imperscrutáveis. A religião. O gênero. As dinâmicas de classes. As relações econômicas como um todo. O significado de determinados papéis sociais enquanto lugares de prestígio ou de repulsa. Tudo isso concerne às Ciências Sociais. Tudo isso é problemático, subjetivo e indiscutível para quem vê a realidade através das lentes de preconceitos que sequer compreende como surgiram e funcionam. Cabe, deste modo, aos estudos aqui apresentados, a tarefa de cometer esse delito social, discutindo o indiscutível.

Boa leitura!

Denise Pereira
Maristela Carneiro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A DIGITALIZAÇÃO DO TRABALHO PERICIAL CONTÁBIL COMO FATOR DE ECONOMIA E SUSTENTABILIDADE	
André Silva Neto Almeciano José Maia Júnior	
DOI 10.22533/at.ed.9771923121	
CAPÍTULO 2	11
BREVE ANÁLISE DA REPERCUSSÃO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NO PERFIL SOCIOECONOMICO DE UM MUNICÍPIO DO COREDE FRONTEIRA NOROESTE DO RS	
Sandra Cristina Franchikoski Susana Cesco	
DOI 10.22533/at.ed.9771923122	
CAPÍTULO 3	21
EFICIÊNCIA DE MERCADO: ANÁLISE DO MERCADO FUTURO DO ETANOL HIDRATADO NO ESTADO DA PARAÍBA UTILIZANDO CO-INTEGRAÇÃO	
Jucimar Casimiro de Andrade Fernando Salvino da Silva Marcela Rebecca Pereira Robson José Silva Santana Larissa Petrusk Santos Silva	
DOI 10.22533/at.ed.9771923123	
CAPÍTULO 4	37
A FILOSOFIA DE HEIDEGGER E O DIREITO: FUNDAMENTOS E ORIGENS DO DIREITO	
Gabriela Leão de Sousa	
DOI 10.22533/at.ed.9771923124	
CAPÍTULO 5	51
A NECESSIDADE DE UMA LEGISLAÇÃO ESPECIAL QUE TIPIFIQUE A CONDUTA HOMOFÓBICA	
Emmanuel Vasconcelos Romão Elissama Silva Braga Welligton Aguiar Ponte Filho Betânia Moreira de Moraes	
DOI 10.22533/at.ed.9771923125	
CAPÍTULO 6	56
CONSIDERAÇÕES DA APLICABILIDADE DA LEI DO FEMINICÍDIO EM FAVOR DAS MULHERES TRANSGÊNERO	
Carolina Fernandes Paris Isabella Vitória Kohiyama de Freitas	
DOI 10.22533/at.ed.9771923126	

CAPÍTULO 7	83
O DIREITO AO ESQUECIMENTO E SUA APLICABILIDADE NA QUESTÃO TRANSEXUAL	
Nathalia Maria Silva da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.9771923127	
CAPÍTULO 8	96
ALIENAÇÃO SOCIAL: O PAPEL DO DIREITO ANTE O ESPECTRO BIOPOLÍTICO PÓS-MODERNO	
Murilo Henrique de Brida	
DOI 10.22533/at.ed.9771923128	
CAPÍTULO 9	108
DA NECESSIDADE E DIFICULDADE DE APLICAÇÃO DO PRINCÍPIO DA INDIVIDUALIZAÇÃO DA PENA NO SISTEMA CARCERÁRIO BRASILEIRO	
Luíza Sampaio Jacob Marina Holler Rodrigues	
DOI 10.22533/at.ed.9771923129	
CAPÍTULO 10	121
DEPENDÊNCIA E CODEPENDÊNCIA: UM ESTUDO ACERCA DAS RELAÇÕES FAMILIARES EM USUÁRIOS DE CRACK	
Adriana Silva da Fonseca Bryan Silva Andrade	
DOI 10.22533/at.ed.97719231210	
CAPÍTULO 11	144
DIREITOS HUMANOS NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO	
Ellen Soares Fraga	
DOI 10.22533/at.ed.97719231211	
CAPÍTULO 12	157
A REGULARIZAÇÃO FUNDIÁRIA NO TOCANTINS E A INCONSTITUCIONALIDADE REGULAMENTADA NA INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 01 DE 2014 DO INSTITUTO DE TERRAS DO TOCANTINS- ITERTINS	
Bruno Barreto Cesarino Eduarda Maria Ibiapina da Rocha Coelho César Floriano de Camargo Bruno Vinícius Nascimento Oliveira Leila Rufino Barcelos Danilo Bezerra de Castro	
DOI 10.22533/at.ed.97719231212	
CAPÍTULO 13	167
HAITIANOS EM SÃO PAULO: PROTEÇÃO PENAL ANTE O RACISMO E A XENOFOBIA	
Roberta Elias Mendonça Mendes	
DOI 10.22533/at.ed.97719231213	

CAPÍTULO 14	179
FLUXO MIGRATÓRIO VENEZUELANO: IMPACTOS SOCIAIS E ECONÔMICOS PARA O ESTADO DE RORAIMA	
Ingrid Cardoso Caldas Willian Tihago Quirino Sales	
DOI 10.22533/at.ed.97719231214	
CAPÍTULO 15	193
PERSPECTIVA TEÓRICA INSTITUCIONALISTA - MODELO DE ANÁLISE DE POLÍTICAS PÚBLICAS	
Franciele da Silva Freitas Rita Vanderléia Martel	
DOI 10.22533/at.ed.97719231215	
CAPÍTULO 16	207
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A REALIDADE DO ESTADO DE RORAIMA	
Marcella Lima Marinho Luciana Lopes Silva Martins Nara Lisiane Abreu de Oliveira	
DOI 10.22533/at.ed.97719231216	
CAPÍTULO 17	218
PROVA INDICIÁRIA NO PROCESSO CRIMINAL CONFORME A HERMENÊUTICA DE HEIDEGGER E GADAMER	
Eid Badr Mário Vinícius Rosário Wu	
DOI 10.22533/at.ed.97719231217	
CAPÍTULO 18	233
REGIÃO METROPOLITANA DE CHAPECÓ: DINÂMICAS REGIONAIS E SUAS TERRITORIALIDADES	
Ana Laura Vianna Villela Rosa Salete Alba Claudio Machado Maia Laiz Arruda	
DOI 10.22533/at.ed.97719231218	
CAPÍTULO 19	246
SISTEMA DE RECOMPENSAS PARA O TRABALHADOR DO SÉCULO XXI	
Ernandes Farias da Costa Francisco Damião Damasceno Neto Luise Maria dos Santos Dias John Lennon Oliveira Araújo Rubens Caminha Juaçaba Filho Silvio Roberto Dias da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.97719231219	

CAPÍTULO 20	251
SEGURANÇA HÍDRICA E OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS EM BOA VISTA/RORAIMA	
Mónica Montana Martínez Ribas	
André Andriw Santos da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.97719231220	
CAPÍTULO 21	264
SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM FORTALEZA/CE: SÚMULA ACERCA DOS SENTIDOS E EXPERIÊNCIAS DAS USUÁRIAS DOS CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL BOM JARDIM E CANINDEZINHO	
Benedita Beatriz Elias Dias	
Jamille Rodrigues Braga	
Lívia Kelly da Silva	
Leila Maria Passos de Souza Bezerra	
DOI 10.22533/at.ed.97719231221	
SOBRE AS ORGANIZADORAS	270
ÍNDICE REMISSIVO	271

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A REALIDADE DO ESTADO DE RORAIMA

Data de aceite: 18/11/2019

Marcella Lima Marinho

Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA/UFRR. Boa Vista-Roraima, Brasil.

Luciana Lopes Silva Martins

Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA/UFRR. Boa Vista-Roraima, Brasil.

Nara Lisiane Abreu de Oliveira

Psicóloga, Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde - PROCISA/UFRR. Boa Vista-Roraima, Brasil.

RESUMO: A política social surge no capitalismo em virtude das mobilizações operárias e a partir do século XIX. No Brasil, as primeiras leis sociais apareceram a partir do processo de industrialização. Diante de todo processo, o país questiona a Reforma Sanitária através da VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco para a saúde social no Brasil, respaldada na Constituição-Cidadã, que moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde. O SUS surge como forte esperança

para a melhoria da saúde da população, através da Constituição Federativa de 1988 e da lei 8080/90, que especificam entre outros itens os objetivos, princípios e diretrizes que regem esse novo plano de atenção à saúde pública. No âmbito regional, verifica-se que apesar de o plano SUS estar bem estabelecido na teoria, a prática aponta dificuldades em sua implementação efetiva. No estado de Roraima, o SUS é organizado através da Resolução nº 051 de 22 de outubro de 2009 (DOE nº 1178 de 06/11/2009), da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RR. Abordaremos sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), como se desenvolve no Estado de Roraima no que se refere ao serviço de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).

PALAVRAS-CHAVE: Políticas Públicas de Saúde; SUS; Humanização.

PUBLIC HEALTH POLICY: THE REALITY OF THE STATE OF RORAIMA

ABSTRACT: Social policy comes under capitalism because of the workers' mobilizations and from the nineteenth century. In Brazil, the first social laws came from the industrialization process. Before the whole process, the country challenging the health reform through the VIII National Health Conference, considered a milestone for social health in Brazil, supported

by the Constitution - Citizen, which has shaped the guidelines of the Unified Health System. The SUS emerged as strong hope to improve the health of the population, through the Federal Constitution of 1988 and law 8080/90, which specify among other things the objectives, principles and guidelines governing this new care plan for public health. At the regional level, it appears that although the NHS plan is well established in theory, the practice shows difficulties in its effective implementation. In the state of Roraima, the NHS is organized through Resolution No. 051 of October 22, 2009 (DOE No. 1178 of 06/11/2009), the Bipartite Commission - CIB / RR. We discuss about the National Humanization Policy (PNH), how it develops in the state of Roraima as regards the service of High Complexity in Oncology (UNACON).

KEYWORDS: Health Public Policy; SUS; Humanization.

1 | INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como objetivo apresentar algumas reflexões sobre o cenário das políticas públicas no Brasil como base para a implementação das políticas de saúde e implantação do SUS.

A política social surge no capitalismo em virtude das mobilizações operárias e a partir do século XIX, em meios aos movimentos populares, interpretada como estratégia governamental. Sua ascensão está ligada a Revolução Industrial na Inglaterra, do século XVIII a meados do século XIX, tendo como consequências a urbanização exacerbada, o crescimento da taxa de natalidade, o surgimento da consciência política e social, organizações proletárias, sindicatos, cooperativas na busca de conquistar o acolhimento público e as primeiras ações de política social (PIANA, 2009).

A implementação do SUS, através da lei 8080/90, faz ressurgir na população a esperança na melhoria das condições de saúde pública do país, tornando o Estado o responsável direto no asseguramento da saúde, através da prática dos seus princípios e diretrizes. Nesse momento destaca-se a participação popular, através dos Conselhos e Conferências de Saúde na sugestão, acompanhamento e fiscalização das ações, realizando assim o controle social.

Entretanto, alguns fatores dificultam a implementação efetiva do SUS na prática, como a imaturidade política dos diversos segmentos sociais, a heterogeneidade populacional, financiamento e a omissão do governo na regulamentação e fiscalização das ações de saúde.

No estado de Roraima, o SUS foi organizado no ano de 2009, através de Resolução da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RR que pactuou a constituição de 02 (duas) Regiões de Saúde: Região Centro Norte e Região Sul que de acordo com o novo desenho da regionalização da saúde contempla os 15 (quinze) Municípios

do Estado.

Como critério de apresentação, abordaremos especificamente a política pública de Humanização (HumanizaSUS), desenvolvida na Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) do Estado de Roraima.

2 | REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Políticas sociais

No Brasil, as políticas sociais têm sua origem diretamente ligada ao desenvolvimento urbano industrial, no qual o Estado redefiniu suas funções e passou a utilizar mecanismos institucionais de controle, até então fora de sua esfera de intervenção. Este processo ficou aliado à expansão urbana, agravando-se a “questão social”, ocasionando grandes aglomerados em torno das cidades, intensificando o crescimento da pobreza, do desemprego e da exclusão com privações social, econômica, cultural e política para a classe que vive do trabalho. Contrariamente, houve uma enorme concentração de renda e riqueza para um pequeno grupo, os grandes proprietários, ocasionando uma desigualdade social (DALLAGO, 2007).

Dallago diz ainda, que esta política social com uma concepção liberal traz uma ideia de intervenção coletiva ou estatal no mercado privado para promover o bem-estar individual e social. Entretanto, na concepção dialética, as políticas sociais são estratégias governamentais de intervenção nas relações sociais, desenvolvendo a manutenção da desigualdade social, com estratégias de controle da força de trabalho e regulamentação de direitos sociais passíveis de absorção pelo capitalista.

Piana (2009), afirma que com todas essas modificações, o mundo amplia-se em conhecimentos e novas tecnologias a um nível planetário chamado de mundo globalizado, manifestada através de uma nova modalidade de dominação imposta pelo capital por meio da intensificação do intercâmbio mundial de mercadorias, preços, idéias, informações, relações de produção, proporcionando mudanças significativas nas relações humanas.

2.2 Políticas públicas de saúde no Brasil

O conjunto de Políticas Públicas de cunho social está representado pelos sistemas de proteção social e decorrentes de um princípio de justiça, cujas principais funções são prover proteção para todos os membros da comunidade nacional, realizar objetivos não necessariamente econômicos e diretamente econômicos, como programas de renda mínima, e promover políticas redistributivas (RONCALLI, 2003).

No Brasil, as primeiras leis sociais apareceram no final do século XIX, mas

somente a partir do processo de industrialização, com o movimento operário grevista, que começam a surgir as primeiras políticas públicas de proteção social no país. A partir daí, já no início do século, as campanhas sanitárias assumiram um importante papel na economia agrário-exportadora, pelo controle dos portos e das estradas de ferro (BATISTA; SOUSA, 2012).

Com a lei de vacinação obrigatória em 1904, a Saúde nesta época foi marcada por campanhas sanitárias e reforma dos órgãos federais, acarretando diversas medidas de saúde, como as campanhas contra a varíola, a febre amarela e a peste bubônica, em respostas momentâneas a estes agudos problemas. Diante disso, houve a necessidade de um movimento pela mudança na organização sanitária que resultou na criação em 1921 do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP, que estaria focado nas áreas do saneamento urbano e rural da higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil (BATISTA; SOUSA, 2012).

A atuação do país na tentativa de resolver os problemas de saúde da população teve no início do século até os anos 1980, duas características básicas: uma estreita relação entre o estabelecimento das políticas de saúde e o modelo econômico vigente e uma clara distinção entre as ações de saúde pública e de assistência médica (RONCALLI, 2003).

De acordo com o mesmo autor, em relação a assistência médica, o Brasil esteve condicionado ao amadurecimento do sistema previdenciário brasileiro, em que suas práticas foram fundamentadas nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Em seguinte ao surgimento das Caixas, 1923, é promulgada a Lei Eloy Chaves, considerada por muitos autores como o marco do início da Previdência Social no Brasil. A partir de 1930, uma nova forma de organização previdenciária surge através dos IAPs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), de forma mais organizada de acordo com cada categoria profissional e maior componente estatal. Logo, são fundados os institutos dos marítimos (IAPM), dos comerciários (IAPC) dos bancários (IAPB) e dos industriários (IAPI) entre outros.

A perspectiva de uma nova Constituição, em virtude do momento político de uma eleição indireta não-militar desde 1964, contribuíram para que a VIII Conferência Nacional de Saúde, seja considerada um marco e um divisor dentro do Movimento pela Reforma Sanitária. As propostas discutidas na Assembléia Constituinte, decorrentes da elaboração da nova Carta Magna, por fim concretiza a ações da Reforma Sanitária Brasileira, no plano jurídico-institucional, conhecida como Constituição-Cidadã, em que incluiu, no capítulo da seguridade social, a saúde como direito de todos e dever do Estado e moldou as diretrizes do Sistema Único de Saúde, o SUS (RONCALLI, 2003).

Diz a Constituição, no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196 (Brasil, 1988a):

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

2.3 Sistema único de saúde (SUS)

No contexto de democratização política e de Reforma da Saúde Pública no Brasil, a partir da Constituição Federativa de 1988 e através da Reforma Sanitária é criado o Sistema Único de Saúde-SUS, através da Lei 8080/90 com a proposta de garantir igualdade de direitos de saúde.

De acordo com essa mesma lei o SUS traz como objetivos a identificação e divulgação a todos os cidadãos dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução dos riscos de doenças e de outros agravos e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

Para Sousa e Batista (2012), a aprovação do SUS exige um compromisso do Estado com a população, sendo responsável pelo fornecimento de assistência às pessoas, a saúde do trabalhador, as vigilâncias epidemiológica e sanitária e assistência farmacêutica.

Outro ponto importante evidenciado na lei 8080/90 são os princípios e diretrizes que norteiam as ações e serviços e devem ser conhecidos, aderidos e praticados por todos que compõem esse sistema integrado: universalidade, igualdade, integralidade, participação popular descentralização e comando único, regionalização e hierarquização.

Entretanto, a implementação de alguns desses princípios e diretrizes enfrenta na prática dificuldades de efetivação até os dias atuais. Não é simples colocar em prática uma política tão abrangente como a do SUS, devido lacunas importantes em princípios como a descentralização e o financiamento, itens essenciais na proposta de sustentação da reforma (MATTA; PONTES, 2007).

Esses mesmos autores também citam como dificuldade para efetivação do princípio da participação popular a heterogeneidade existente no país e a imaturidade política nos diversos segmentos sociais.

Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade, ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde (BRAVO,

Para esta mesma autora, apesar das declarações dos dispositivos oficiais e legais de adesão ao SUS, verificou-se por parte do governo federal, omissão na regulamentação e fiscalização das ações de saúde, o que também compromete a efetivação do sistema na prática.

Importante destacar nesse processo de aprovação e implementação do SUS, a participação social, com a representação popular através dos sindicatos, das associações profissionais e cidadãos comuns, cenário diferente do período antecedente a essa fase. Era o povo tomando consciência e indo a busca de seus direitos. A população passa a ver a saúde como direito social e dever do Estado, cabendo a este a regulamentação e controle das ações e serviços de saúde.

Com a Reforma é necessário incorporar e construir uma nova concepção de saúde, capaz de compreender o indivíduo no contexto de uma coletividade e dos problemas que dela emana. Esse desafio remete à questão da formação profissional e das novas práticas sociais (MATTA; PONTES, 2007, p. 58).

Ao discorrermos sobre a participação popular no contexto do SUS, torna-se fundamental destacar a lei 8142/1990, que relata entre outros pontos, a participação da comunidade de uma forma geral, na gestão do SUS, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde.

A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013, p. 2)

Atualmente os Conselhos e Conferências de Saúde são espaços apropriados, utilizados pela população e suas entidades representativas, para a exposição de suas necessidades e fiscalização da implementação de medidas preventivas e corretiva, favorecendo, apesar das algumas fragilidades, o controle social.

3 | SUS EM RORAIMA – POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

Em Roraima, a divisão do atendimento do SUS é organizada através da Resolução nº 051 de 22 de outubro de 2009 (DOE nº 1178 de 06/11/2009), da Comissão Intergestores Bipartite - CIB/RR, que pactuou a constituição de 02 (duas) Regiões de Saúde: Região Centro Norte e Região Sul que de acordo com o novo desenho da regionalização da saúde contempla os 15 (quinze) Municípios do Estado.

LEGENDA – REGIÃO CENTRO NORTE

Municípios Integrantes	População Regional
•01 Alto Alegre	16.448
•02 Amajari	9.327
•03 Boa Vista - Capital	284.313
•04 Bonfim	10.943
•05 Cantá	13.902
•06 Mucajaí	14.792
•07 Normandia	8.940
•08 Pacaraima	10.433
•09 Uiramutã	8.375
TOTAL	377.473

LEGENDA – REGIÃO SUL

Municípios Integrantes	População Regional
•01 Caracaraí	18.398
•02 Caroebe	8.114
•03 Iracema	8.696
•04 Rorainópolis	24.279
•05 São João da Baliza	6.769
•06 São Luiz	6.750
TOTAL	73.006

Fonte: Plano Estadual de Saúde 2012-2015

Do ponto de vista das políticas públicas, os indicadores da situação de saúde são instrumentos que permitem identificar e medir aspectos relacionados a um determinado cenário, problema ou resultado de uma intervenção na realidade. A principal finalidade de um indicador é traduzir, de forma mensurável, determinado aspecto da situação de saúde ou ação de governo, de maneira a tornar operacional a sua observação e avaliação.

Neste artigo abordamos sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), como está sendo desenvolvida no Estado de Roraima no que se refere ao serviço de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). A PNH foi lançada em 2003 e é também conhecida como HumanizaSUS e preconiza a inclusão de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho. No SUS a Humanização tem como característica ser uma política transversal.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. O confronto de ideias, o planejamento, os mecanismos de

decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não podemos nos furtar (Ministério da Saúde, 2004, p.7).

Pode-se perceber que esta configuração de política implica na corresponsabilidade entre os atores envolvidos. O HumanizaSUS tem então como princípios a transversalidade, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos e a indissociabilidade entre atenção e gestão, onde os atores buscam conhecer sobre os serviços e rede de saúde, além de participar do processo de tomada de decisões.

A Política Nacional de Humanização está pautada em diretrizes que devem nortear o trabalho: Acolhimento, gestão participativa e cogestão, ambiência, clínica ampliada e compartilhada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013), o *acolhimento* se refere ao reconhecimento do que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre os atores; a *cogestão* se expressa pela inclusão dos novos sujeitos nos processos de análise e decisão; a *ambiência* está voltada para a criação de espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis; a *clínica ampliada* considera a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença; a *valorização do trabalhador* é no sentido de dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão; sobre a *defesa dos direitos dos usuários* os serviços de saúde devem incentivar o conhecimento desses direitos e assegurar que eles sejam cumpridos.

Ressalta-se que a Política Nacional de Humanização está em constante construção, uma vez que os dispositivos vão sendo vivenciados e podem ser reformulados ao longo do processo. A Secretaria de Saúde/RR vem buscando efetivar a política de humanização no Estado através de vários dispositivos:

Grupo de Trabalho de Humanização (GTH); Colegiado Gestor; Contrato de Gestão; Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: sistema de portas abertas, ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação, Visita Aberta e Direito ao Acompanhante; Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); Equipe de Referência e de Apoio Matricial; Projetos Cogeados de Ambiência; Acolhimento com Classificação de Risco; Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; Projeto memórias do SUS que dá certo”(Plano Estadual de Saúde de RR, 2012-2015, p.315).

No Hospital Geral de Roraima, foi nomeado em 2016 o Grupo de Trabalho Humanizado. Entretanto, a Humanização vem sendo articulada desde 2006, pelas mesmas pessoas que agora foram nomeadas para o Grupo de Trabalho e que fizeram a capacitação promovida pelo Ministério da Saúde. Dentre as ações desenvolvidas,

considerando as diretrizes preconizadas pela Política de Humanização estão o acolhimento com classificação de risco, a criação da Ouvidoria, Setor Cuidando o Cuidador, treinamento de pessoal de apoio (maqueiros, recepção), pesquisa de satisfação dos usuários, roda de conversa com os profissionais, elaboração de estratégias de capacitação dos profissionais.

No que tange a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, está localizada no HGR é um serviço criado por portaria do Ministério da Saúde e funciona desde 2006 neste Estado. É composto por atendimento em Enfermaria, Sala de quimioterapia, Farmácia e CAPO (Centro de Atenção ao Paciente Oncológico) com atendimento ambulatorial, Cuidado Paliativo e Visita Domiciliar. Fazem parte da equipe de profissionais Médicos Oncologistas, Cirurgiões Oncologistas, Médico Clínico Geral, Médicas Hematologistas, Cirurgiões cabeça e pescoço, Coloproctologista, Cirurgião torácico, Ginecologista, Mastologista, Urologista, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, Farmacêuticos, Odontólogos, Assistentes administrativos, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Psicólogas. Busca-se desenvolver o trabalho em equipe multidisciplinar, considerando-se a especificidade do tratamento a ser dado ao paciente oncológico, que permanece sendo acompanhado por muito tempo, por tratar-se de doença crônica. Na UNACON é preconizado o atendimento ao paciente de forma integral, inserindo a família como parte do tratamento, uma vez que esta será fundamental enquanto apoio ao mesmo. Neste sentido, pode-se pensar na humanização enquanto modo de cuidar e na própria organização do trabalho.

Salienta-se enquanto forma de acolhimento o Grupo de Apoio Psicossocial para Mulheres, Grupo de Apoio Psicossocial para Familiares/Acompanhantes, ambos com foco para atividades voltadas ao cuidado consigo mesmo, autoestima e alteridade. Também em relação à diretriz do acolhimento tem-se o acompanhamento de visitas de crianças e adolescentes à enfermaria; a participação da Psicologia nas reuniões para comunicação de notícias difíceis realizadas pelo médico à família e ao paciente; e a visita domiciliar feita pela equipe multidisciplinar (Médico, Enfermeira, Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social, Psicóloga) aos pacientes do serviço de Cuidados Paliativos em suas residências.

4 | CONCLUSÃO

Diante do que foi exposto, o surgimento das políticas sociais no Brasil está diretamente relacionado às condições vivenciadas pelo país em níveis econômico, político e social. São manifestadas por meio de mecanismos de manutenção da força de trabalho, em alguns momentos, outros como conquistas dos trabalhadores,

ou como doação das elites dominantes, e ainda como instrumento de garantia do aumento da riqueza ou dos direitos do cidadão.

Em virtude disso, é necessário implementar parâmetros de equidade e direitos sociais e universais a população, sendo concedido após a promulgação da Constituição Federal em 1988. A partir da garantia dos direitos sociais, o direito a saúde surge como prioridade para o fortalecimento das políticas públicas com a implantação do SUS. Os princípios e diretrizes condicionantes do SUS preconizam ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Entretanto, a assistência integral à saúde ainda é um grande desafio, devido à omissão na regulamentação e fiscalização das ações de saúde.

No Estado de Roraima o SUS está organizado de forma regionalizada, contudo, na capital se concentra a maior parte dos serviços de Alta Complexidade. A Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS) está pautada nos princípios da transversalidade, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos e na indissociabilidade. Observa-se no que se refere às diretrizes, o acolhimento tem se consolidado no serviço da UNACON-RR.

Segue o desafio de construir formas de cuidados e serviços de saúde, pautadas no atendimento humanizado, tanto para usuários quanto para profissionais. A abordagem integral e humanizada requer no mínimo, condições físicas e estruturais, qualificação e valorização profissional, que assegure uma assistência não à doenças, mas à pessoas, com suas singularidades e subjetividades.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 02 jun. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 02 jun. 2016.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2001.

DALLAGO, C. S. T. **ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: Formas históricas de enfrentamento a pobreza**. III JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria- Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à Saúde. **Rede HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 1ª reimpressão.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, 2007.

PIANA, M.C. **As políticas sociais no contexto brasileiro: Natureza e Desenvolvimento**. Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 233 p. ISBN 978-85-7983-038-9. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. All.

ROLIM, Leonardo; CRUZ, Rachel; SAMPAIO, Karla. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa**. Rio de Janeiro, 2013.

RONCALLI, A.G. **O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde**. Odontologia em Saúde Coletiva: planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Boa Vista: SESAUCGPLAN – RR, 2012. 805p.

SOUSA, R. C; BATISTA, F. E. B. **POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS**. VII CONNEPI – Ciência, Tecnologia e Inovação: Ações sustentáveis para o desenvolvimento regional. Congresso norte nordeste de pesquisa e inovação. Palmas, TO, 2012.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Denise Pereira - Mestre em Ciências Sociais Aplicadas, Especialista em História, Arte e Cultura, Bacharel em História, pela Universidade Estadual de Ponta Grossa. Especialista em Tecnologias Educacionais, Gestão da Comunicação e do Conhecimento. Atualmente Professora/Tutora Ensino a Distância da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG)

Maristela Carneiro - Pós-Doutoranda pela Universidade Estadual do Centro-Oeste do Paraná – Unicentro. Doutorado e Pós-Doutorado em História pela UFG e pela UFMT, respectivamente. Docente do curso de História na Universidade Estadual de Ponta Grossa.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Açúcar cristal 22, 24, 29

Atualidade 37, 60, 106, 127, 144, 246, 258, 259

Ausência 12, 41, 76, 79, 80, 90, 93, 108, 117, 128, 134, 140, 201, 221, 253, 268

B

Benefícios 2, 6, 93, 153, 200, 203, 246, 247, 248, 249, 250, 264, 266, 267, 268, 269

Boa vista 17, 179, 185, 186, 191, 207, 213, 217, 251, 252, 258, 259, 260, 262

C

Capitalismo 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 207, 208

Chapecó 233, 234, 235, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244

Codependência 121, 122, 134, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 143

Coisificação humana 96

Corede 11, 12, 13, 16, 17, 19

Crack 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 138, 139, 140, 141, 142, 143

D

Dasein 37, 38, 40, 43, 44, 45, 48, 49

Dependência 40, 98, 121, 122, 124, 125, 129, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 163, 183, 200, 237, 241

Desenvolvimento regional 12, 217, 233, 234, 236, 237, 238, 242, 244, 245

Digitalização 1, 2, 6, 7, 8, 9

Direito 6, 7, 8, 9, 10, 12, 37, 38, 39, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 56, 57, 62, 63, 66, 67, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 120, 144, 149, 152, 154, 155, 156, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 167, 169, 172, 178, 193, 210, 211, 212, 214, 216, 218, 219, 220, 224, 230, 231, 261, 266, 267, 269

Direito penal 51, 57, 81, 96, 102, 103, 106, 110, 112, 114, 115, 120, 231

Direitos humanos 54, 64, 67, 69, 75, 95, 97, 116, 118, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 170

Discriminação 51, 52, 53, 55, 57, 63, 69, 74, 80, 81, 82, 91, 92, 118, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 177, 178

E

Eficiência de mercado 21, 22, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34

F

Família 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 70, 73, 77, 88, 121, 122, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 136, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 159, 195, 215, 248, 250, 266, 267, 268, 269

G

Gadamer 218, 219, 224, 225, 227, 228, 230, 231

Gênero 53, 54, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 91, 92, 94, 95, 101, 126, 151, 169, 187

H

Haitinos 167

Heidegger 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 96, 218, 219, 224, 225, 228, 230, 231

Hermenêutica 42, 46, 81, 218, 219, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 232

Homofobia 51, 52, 53, 54, 55, 80

Humanismo 144

Humanização 112, 207, 209, 212, 213, 214, 215, 216

I

Impactos econômicos 179, 185

Impactos sociais 179

Individualização da pena 108, 110, 112, 113, 117, 118, 119, 120

Institucionalismo 193, 194, 195, 196, 197, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205

Instituições 6, 62, 79, 101, 146, 154, 179, 186, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 237, 244, 253, 255, 257

L

Legitimação jurídica 96

Lei 7.716/89 167, 169, 170, 172, 173, 174, 177

M

Mercado futuro 21, 22, 24, 25, 28, 34, 35

Migração 168, 176, 179, 180, 181, 191, 240, 258

Mitsein 37, 45, 49

Motivação 67, 140, 220, 221, 229, 230, 231, 246, 247, 250

N

Neo-institucionalismo 193, 194, 195, 199, 200, 202, 203

P

Perícia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10

Personalidade 57, 73, 74, 78, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 111, 135, 136, 159

Pobreza 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 20, 180, 181, 209, 216, 253, 267, 268, 269

Poder econômico 144, 151, 155

Políticas públicas 12, 20, 51, 53, 57, 122, 127, 140, 141, 193, 194, 195, 196, 199, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 212, 213, 217, 244, 251, 252, 256, 257, 258, 260, 263, 264

Políticas públicas de saúde 207, 209, 212, 217

Prisão feminina

Processo penal 115, 118, 172, 218, 220, 222, 224, 226

Programa bolsa família 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 266, 267

Proteção 2, 20, 28, 52, 55, 72, 74, 79, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 98, 115, 123, 128, 134, 138, 139, 144, 146, 152, 167, 176, 177, 178, 179, 188, 209, 210, 211, 216, 218, 219, 231, 252, 253, 255, 262, 264, 265, 269

Prova indiciária 218, 219, 221, 222, 223, 224, 229, 230, 231, 232

R

Racismo 52, 53, 54, 55, 167, 169, 170, 172, 176, 177, 178

Recompensas 246, 247

Região metropolitana 233, 235, 237, 238, 239, 242, 244

S

Segurança hídrica 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 261

Sistema penitenciário 108, 118, 196

Sociedade incivilizada 96

Sus 61, 62, 63, 75, 76, 77, 78, 91, 207, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 216, 217

Sustentabilidade 1

T

Territorialidade 233, 235, 236, 237, 243

Tráfico de drogas 221

Transexualidade 56, 57, 58, 61, 75, 76, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 92

V

Venezuela 66, 179, 180, 182, 183, 184, 186, 188, 190, 191, 192

Violência 51, 52, 53, 54, 55, 57, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 72, 77, 81, 104, 126, 127, 133, 136, 139, 142, 268

X

Xenofobia 167, 169, 174, 176, 177, 178, 182

