



Demandas Sociais do Brasil Contemporâneo

**Thaislayne Nunes de Oliveira
(Organizadora)**



Atena
Editora
Ano 2021



Demandas Sociais do Brasil Contemporâneo

Thaislayne Nunes de Oliveira
(Organizadora)



Atena
Editora

Ano 2021

Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena

Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. 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.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

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. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª 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. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido

Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Prof^a Dr^a Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof^a Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina

Prof^a Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília

Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira

Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra

Prof^a Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia

Prof^a Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco

Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará

Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí

Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas

Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof^a Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará

Prof^a Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma

Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá

Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

Prof^a Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino

Prof^a Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Prof^a Dr^a 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. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás

Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná

Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás

Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abráao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Secconal Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andreza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar

Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Fabiano Eloy Atílio Batista – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis

Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR

Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará

Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ

Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe

Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná

Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz

Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa

Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados

Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas

Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo

Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Demandas sociais do Brasil Contemporâneo

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Flávia Roberta Barão
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Thaislayne Nunes de Oliveira

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

D371 Demandas sociais do Brasil contemporâneo / Organizadora
Thaislayne Nunes de Oliveira. – Ponta Grossa - PR:
Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-757-4

DOI 10.22533/at.ed.574212701

1. Organização social e política. 2. Demandas sociais.
3. Brasil. I. Oliveira, Thaislayne Nunes de (Organizadora). II.
Título.

CDD 320.40981

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

APRESENTAÇÃO

Caro leitor, a coletânea “Demandas Sociais no Brasil Contemporâneo” reúne uma pluralidade de discussões presentes na atual conjuntura brasileira. O exemplar aborda os seguintes temas centrais: a pandemia COVID19, desigualdade ambiental fruto dos resíduos sólidos, as vulnerabilidades das pessoas em situação de rua, a irrigação que não alcançou regionalmente a todos, as experiências de uma comunidade baixa renda, a discussão sobre a violência, a análise da masculinidade no contexto escolar e ainda temos a possibilidade conhecer a supervisão acadêmica no Serviço Social (na Argentina).

O livro foi estruturado em nove capítulos, com abordagens que suscitam a importância de considerarmos as diferentes e complexas problemáticas enfrentadas pelo Brasil na contemporaneidade.

O capítulo 1 apresenta a discussão acerca da proteção social emergencial diante da pandemia COVID19 e foi elucidado a partir do Estado do Amazonas. Este texto é extremamente atual e sua discussão é pertinente para o cenário brasileiro e mundial.

O capítulo 2 expõe um estudo de caso sobre os resíduos sólidos e a situação de Belém do Pará. O autor refere os resíduos como um problema social, bem como aumento da desigualdade ambiental e a deterioração das condições da vida urbana regional.

O capítulo 3 discorre sobre a vulnerabilidade e a bioética, sobretudo refletindo o conceito de vulnerabilidade acerca das pessoas em situação de rua.

O capítulo 4 exhibe a discussão sobre o esvaziamento das áreas de sequeiro no município de Petrolina, em Pernambuco. A análise tem como recorte temporal a implantação dos Projetos Públicos de Irrigação, sendo identificada a distância das comunidades sequeiras para os locais com irrigação, esvaziamento da comunidade e posterior mudança (local) no estrato social.

O capítulo 5 priorizou a discussão sobre a promoção da saúde direcionada às pessoas em situação de rua. Em especial a discussão acerca dos direitos garantidos, ou melhor, o direito a ter direito. Experiência com lócus na cidade de Manaus.

O capítulo 6 oferece elementos sociohistóricos sobre a comunidade baixa renda em Aracajú, Sergipe. Apresenta a história local da cidade a partir da reflexão sobre os determinantes históricos e culturais presentes. Trata-se de estudo a partir da memória dos próprios moradores e tem como metodologia a análise do discurso.

O capítulo 7 abordou a violência como tema central. Os autores apontam a violência como grave problema em saúde pública, sobretudo com abordagem para as crianças devido à compreensível vulnerabilidade. O estudo de caso foi realizado no Espírito Santo e priorizou uma das tipificações da violência, a tortura.

O capítulo 8 aborda o combate à masculinidade tóxica no espaço escolar. É um texto que trabalha com a pluralidade do espaço escolar e pondera a necessidade da discussão

da diversidade. O trabalho é resultado de um estudo local realizado no Mato Grosso, que visa abordar discussões contemporâneas e ratificar a importância do espaço escolar como enfrentamento a violência.

O capítulo 9 proporciona a discussão sobre supervisão acadêmica em Serviço Social. O estudo apresenta a análise realizada durante uma das disciplinas (teórico prática) oferecidas pelo curso de Serviço Social, a partir da experiência em uma universidade (na Argentina).

Como foi possível perceber, existe uma gama variada presente neste livro. Tanto no que se refere aos tipos de discussões realizadas pelos autores, como ainda das diferentes experiências locais, de diferentes regiões do Brasil. Logo, trata-se de uma leitura primordial, que certamente contribui efetivamente como referencial teórico contemporâneo.

Thaislayne Nunes de Oliveira

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

PROTEÇÃO SOCIAL EMERGENCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO ESTADO DO AMAZONAS

Dayana Cury Rolim

DOI 10.22533/at.ed.5742127011

CAPÍTULO 2..... 13

SOCIEDADE, MOVIMENTO SOCIAL E A QUESTÃO DOS RESÍDUOS SÓLIDOS

Rodrigo Corrêa Diniz Peixoto

Suelen Reis da Conceição

Fabrcio Tavares de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.5742127012

CAPÍTULO 3..... 26

VULNERABILIDADE E BIOÉTICA

Jorge Tarachuque

DOI 10.22533/at.ed.5742127013

CAPÍTULO 4..... 32

CURRAL QUEIMADO UM RETRATO DO ESVAZIAMENTO DAS ÁREAS DE SEQUEIRO DO MUNICÍPIO DE PETROLINA (PE)

Elijalma Augusto Beserra

Maria Helena Maia e Souza

Maria Augusta Maia e Souza Beserra

DOI 10.22533/at.ed.5742127014

CAPÍTULO 5..... 46

ENTRE O DIREITO A TER DIREITOS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE Á POPULAÇÃO DE RUA

Rosiane Pinheiro Palheta

Jacqueline Cavalcanti Lima

Raquel Lira de Oliveira Targino

Maria de Nazaré Feitosa

Hudson André Arouca Cauper

Lúcia Helena de Araújo Jorge

Samuel Monteiro do Nascimento Barbosa

Cassiano Alencar de Vasconcelos Dias Jimenez

Alex Araújo Rodrigues

Evelyn Fernanda de Oliveira, Santoro

Lucélia Regina Pacheco de Araújo

Larissa Carvalho Dahmer

DOI 10.22533/at.ed.5742127015

CAPÍTULO 6..... 65

ESTUDO HISTÓRICO DE UM CONJUNTO HABITACIONAL POPULAR A PARTIR DAS

MEMÓRIAS DOS MORADORES

Elza Francisca Corrêa Cunha
Neilson Santos Meneses
Carmelita Rikelly Santos de Souza
Isabela dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.5742127016

CAPÍTULO 7..... 78

TORTURA NA INFÂNCIA: ANÁLISE DOS CASOS NOTIFICADOS NO ESPÍRITO SANTO

Franciéle Marabotti Costa Leite
Márcia Regina de Oliveira Pedroso
Letícia Peisino Buleriano
Luíza Eduarda Portes Ribeiro
Fábio Lúcio Tavares
Edleusa Gomes Ferreira Cupertino
Odelle Mourão Alves

DOI 10.22533/at.ed.5742127017

CAPÍTULO 8..... 90

CAMINHOS PARA COMBATER A MASCULINIDADE TÓXICA NO ESPAÇO ESCOLAR

Kaique Alves de Sousa
Evilen Godoi
Maria Aparecida da Silva

DOI 10.22533/at.ed.5742127018

CAPÍTULO 9..... 99

NOTAS PARA SUPERVISÃO ACADÊMICA EM SERVIÇO SOCIAL

Mariana Hasen

DOI 10.22533/at.ed.5742127019

SOBRE A ORGANIZADORA..... 110

ÍNDICE REMISSIVO..... 111

CAPÍTULO 5

ENTRE O DIREITO A TER DIREITOS E A PROMOÇÃO DA SAÚDE À POPULAÇÃO DE RUA

Data de aceite: 01/02/2021

Rosiane Pinheiro Palheta

Fundação Hospital Adriano Jorge-
Departamento de Ensino e Pesquisa,
Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-
SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

Jacqueline Cavalcanti Lima

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-
SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

Raquel Lira de Oliveira Targino

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-
SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

Maria de Nazaré Feitosa

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-
SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

Hudson André Arouca Cauper

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-
SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

Lúcia Helena de Araújo Jorge

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-
SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

Samuel Monteiro do Nascimento Barbosa

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-
SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

Cassiano Alencar de Vasconcelos Dias Jimenez

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-
SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

Alex Araújo Rodrigues

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus-
SEMSA. Manaus, Amazonas-Brasil.

Evelyn Fernanda de Oliveira, Santoro

Bolsista do Programa de Apoio à Iniciação
Científica.

Lucélia Regina Pacheco de Araújo

Bolsista do Programa de Apoio à Iniciação
Científica.

Larissa Carvalho Dahmer

Bolsista do Programa de Apoio à Iniciação
Científica.

RESUMO: O artigo trata de uma reflexão sobre os direitos da população em situação no contexto das políticas de saúde e na experiência da Equipe de Consultório na rua, faz parte ainda de uma pesquisa realizada no contexto do Programa de apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospital Adriano Jorge sobre os modos de sobrevivência na rua da população atendida pela Equipe de Consultório na Rua da cidade de Manaus. Como resultado, é nítido que o Estado tenta manter uma ação para a população de rua alheia às suas próprias demandas que muitas vezes não são supridas as necessidades prementes de sobrevivência.

PALAVRAS-CHAVE: População de rua, Saúde, Direitos.

ABSTRACT: The article deals with a reflection on the rights of the population in a situation in the context of health policies and the experience of the Consultancy Team on the street, it is also part of a research carried out in the context of the Support Program for Scientific Initiation of the Hospital Adriano Jorge Foundation on the street survival modes of the population served by the Consultancy Team on the street in the city of Manaus. As a result, it is clear that the State is trying to maintain an action for the homeless people who are unaware of their own demands, which often are not meeting the pressing needs for survival.

KEYWORDS: Street population, Health, Rights.

1 | INTRODUÇÃO

As reflexões elaboradas neste capítulo são frutos da experiência da Equipe de Consultório na rua com pessoas em situação de rua na cidade de Manaus. Traz reflexões do cotidiano de trabalho com essa população e da vivência e dificuldades que estão atreladas entre o direito à saúde e as políticas de acesso e à peculiaridade dessa população, que muitas vezes, não quer tratamento e nem os serviços oferecidos. Esses dois pólos estão embricados na tarefa diária da equipe pela manutenção da saúde e os direitos individuais da população de rua que muitas vezes, não reconhece aquilo que o Estado oferece, como opção adequada para as suas necessidades humanas.

No cotidiano de trabalho com essas pessoas, há uma dimensão delicada, uma linha tênue entre condições de vida, escolhas e o cuidado oferecido pelo Estado, que muitas vezes desconhece a concretude do fenômeno, que esconde e revela tanto particularidades quanto pluralidades para uma ação mais efetiva e eficaz na conduta e na garantia dos direitos dessa população. A trajetória de exclusão social de pessoas adultas em situação de rua é resultante de uma multiplicidade de fenômenos que não se reduz à ausência de moradia, mas abrange trajetórias de vida permeadas pela violência, perdas e ausência de políticas públicas capazes de dar respostas efetivas ao problema.

O trabalho será conduzido por dois eixos de discussão: Em primeiro lugar, quais as concepções de direito estão em conflito na oferta dos serviços a população de rua? Qual o papel do CNAR na condução da política de saúde e na oferta de serviços? Como tem sido esse processo e quais os fatores que representam avanço e retrocesso na estratégia de ação do Estado? O trabalho com a população de rua tem sido um constante paradoxo pois a própria rua é um lugar de profundos contrastes. Ela carrega beleza e horror, aconchego e medo, liberdade e privação, ela têm determinado a vida e a saúde das pessoas que ocupam seus diversos espaços geográficos, ao mesmo tempo em que esses espaços tem sido modificados pela presença constante dessas pessoas. Como elas lidam com as políticas e o Estado diante do adoecimento e da necessidade de acessar os direitos e os serviços oferecidos? Quais princípios e concepções entram em conflito na gestão da política de saúde? Esse será o fio condutor que será discutido nas páginas deste trabalho.

21 O FENÔMENO POPULAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE

O que significa ter direitos quando falamos de população de rua? O direito a uma moradia digna? Direito a estar e permanecer na rua? Acesso às políticas e benefícios sociais? Oportunidade de emprego e renda ou apenas reprodução das condições de vida para o acesso às suas dependências psicoativas? O que tem significado direito quando se trata da população que vive nas ruas?

É inegável que o fenômeno da população de rua é multifatorial, mundial e ganha outros contornos no atual cenário de mobilidade humana provocada pela enxurrada hostil das desavenças entre países e religiões e pela supremacia ao poderio das riquezas mundiais. Esse é um quadro que tem crescido a cada ano tendo em vista o contexto global e levando em consideração a trágica situação brasileira onde as políticas estão sendo cada vez mais focalizadas e menos universalizadas.

Nesse sentido é importante compreender como essa população se insere no contexto dos direitos, uma vez que a Constituição Federal no artigo 6º estabelece como direitos fundamentais uma gama de questões que necessitam ser observadas pelo poder público, mas que, a despeito do que diz lei, no cotidiano nem sempre tais direitos são garantidos (BRASIL, 1988).

Ao se falar sobre direitos, é necessário buscar perceber o sujeito antes de qualquer situação, ou seja, é necessário olhar para o cidadão e compreender que a existência dos indivíduos precede a lei, em outras palavras, a lei existe para o sujeito e não o contrário. Pensar o direito nessa perspectiva nos leva a desenvolver outro olhar, que vai para além das diferenças que nos caracterizam, e assim, buscar estabelecer direitos pensados a partir da pluralidade do ser, daquilo que o outro e também nós mesmos necessitamos para viver e estar em sociedade (MARRA e MARRA, 2019).

O direito à vida constitui um direito primário do ser humano do qual deriva todos os demais direitos, inclusive o da saúde que enseja também outros direitos se levamos em conta seu conceito ampliado de saúde como resultado de múltiplas determinações. Nesse sentido o direito à manutenção da vida implica nas capacidades da pessoa humana em ter condições para o seu pleno desenvolvimento e isso deve incluir os diversos âmbitos como a dimensão física, biológica, mental e social que lhe são próprias.

A Carta Magna da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988- CF/88- Sancionou o direito social à saúde como direito fundamental da pessoa humana reconhecendo este como direito fundamental previsto no art. 6º, consubstanciado com outros direitos sociais fundamentais, definindo ainda os princípios norteadores que regem a política de saúde pública (arts. 196 a 200).

Nesse contexto, o direito à saúde pode ser entendido como um conjunto de deveres do Estado para com todo cidadão, que visa não apenas afastar as enfermidades mas também garantir o desenvolvimento saudável da

população. Adverte-se, entretanto, que a saúde não é apenas um direito humano fundamental, mas também um dever, isso porque o próprio texto constitucional expressa claramente tal disposição no art. 196, ao prever que “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 a sua promoção, proteção e recuperação. (Asbah, 2004: 10-11)

Para a população, o Sistema Único de Saúde (SUS) significou uma mudança substancial, na medida em que as parcelas pauperizadas e que estavam excluídas do direito à saúde, puderam ter acesso a estes serviços, devido ao caráter universalista da política de saúde vigente. Apesar dos problemas, esse sistema tem avançado nas propostas de melhoria da atenção e da gestão em saúde pois a assistência à saúde esteve, por muito tempo, ligada à Previdência Social, o que atrelava a população ao mercado formal de trabalho, excluindo parcelas numerosas do acesso à saúde pública, só tendo acesso ao sistema de saúde aos que estavam ligados ao sistema formal de trabalho.

Buss (2003) ao falar de promoção¹ de saúde se reporta a uma das conceituações que estão disponíveis sobre saúde, a qual consiste na ideia de que tais atividades são dirigidas à transformação do comportamento dos indivíduos, localizando-os no contexto da família e da comunidade. Nesse caso, fugiriam ao âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle do indivíduo. Essa visão mecânica da realidade foi alterada com a carta constitucional de 1988 quando os direitos civis foram conquistados e a noção de cidadania, ampliada.

Para o autor, o que caracteriza a promoção da saúde na modernidade e que está preconizado na letra da lei “é a constatação do papel protagonizante dos determinantes gerais sobre as condições de saúde: a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação, ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para as famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde” (BOSS, 2003:19).

De forma mais específica, queremos trazer a discussão da população de rua enquanto cidadão, enquanto pertencente a uma sociedade estabelecida juridicamente e não como destinatário de uma política extremamente focalizada e pulverizada dentre as demais políticas públicas dirigidas a esta população.

Segundo Arendt (2004), a despeito das leis que regem cada País e que garantem os direitos a seus cidadãos, bem como dos acordos internacionais que visam os mesmos direitos, é fundamental que cada pessoa tenha a percepção de que temos direito a ter direitos pelo fato de todos estarmos em uma mesma categoria, a de humanos. Desta forma,

1. “Promoção de saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois refere-se à medida que ‘não se dirige a uma determinada doença ou desordem, mas serve para aumentar a saúde e o bem-estar gerais’” (CZERESNIA, 2003, p.45).

cada pessoa desse planeta pode então compreender e lutar para que os direitos humanos sejam estendidos a todos, independente da nacionalidade, raça, opção política ou qualquer outra característica que nos distinga. Esta é uma premissa e uma promessa constitucional e o Estado deveria garantir esses direitos porque estão na Lei máxima que o direito é para todo e qualquer cidadão.

Historicamente, a proteção social e os direitos de cidadania no Brasil, ficaram, por muito tempo, atrelados ao mercado formal de trabalho sendo cidadãos de direito, aqueles que estavam vinculados a este mercado e contribuía com o sistema. A “cidadania regulada”² foi a marca desse meio século e uma nova institucionalidade das políticas sociais só iria aparecer na Carta de 1988 quando, pela primeira vez, instaura-se, no Brasil, um padrão público de proteção social assentado no tripé da Seguridade Social. Mas juntamente com essa perspectiva de implantação de um desenho de proteção social com alguns princípios do “*Welfare State*”, o País é assolado pelas transformações societárias que, desde o final dos anos 1960, ocorriam na Europa, e vieram a compor o difícil cenário de mais uma crise do capitalismo.

Dentre tantas crises, resta às políticas sociais o papel de pagar o preço pelas oscilações do sistema, o que desenha a questão atual sobre o papel do Estado nas políticas sociais que tem sido caracterizado pela seletividade, a focalização, descentralização, burocratização, alto grau de corrupção dentre outros problemas, o que reverbera no acesso aos serviços e programas. Segundo Lobato (2016) a restrição financeira e o alargamento dos problemas sociais lançam o desafio de universalizar as políticas ou focalizá-las.

A noção de cidadania, base política da construção do modelo constitucional, parece não ter alcançado o fundamento da solidariedade social que lhe é inerente. A noção prevalente é a do direito: direito à educação, à saúde etc., responsabilidade do Estado. Mas esse direito não está necessariamente acompanhado da noção de igualdade, expressa na prestação pública e coletiva, mas antes, no direito individual. (Lobato, 2016: 93).

Nesse sentido, Costa (2006) lembra que o sujeito de direitos não é apenas o indivíduo em condição de pobreza, na linha ou abaixo da linha da miséria, o que ganha um quarto de salário mínimo, condição para acesso a benefícios como o bolsa família dentre outros.

Falar de pessoas em situação de rua é algo extremamente complexo. Para as pessoas em geral, ora a imagem é de pessoas criminosas, ora de pedintes, ora de coitados e excluídos da sociedade. Essa questão nos leva ao questionamento: como esses indivíduos se inserem nessa categoria? Como vivem no espaço das cidades? É possível encontrar uma variedade de pessoas, famílias inteiras e grupos que ocupam os espaços públicos da cidade, geralmente considerados como “moradores de rua”.

2. Expressão desenvolvida por SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *Cidadania e Justiça*: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1987. Consultar também: PAOLI, Maria Célia. “Os trabalhadores urbanos na fala dos outros” In: *Cultura e Identidade Operária*. (org.) José Sérgio Leite Lopes. Rio de Janeiro: UFRJ; Museu Nacional; Marco Zero; Proed, 1987.

Para essas pessoas o espaço privado do cotidiano de vida é a rua. É neste espaço que elas constroem seu ambiente íntimo, suas atividades de reprodução de vida e de trabalho, desenvolvem suas atividades domésticas, mantêm suas relações sociais e efetivas e também enfrentam toda sorte de problemas existenciais. A rua passa a ser a casa ou extensão dela, o lar, pois é nela que trabalham, se alimentam, dormem, acordam, vivem e sobrevivem e desenvolvem suas estratégias de reprodução de vida.

A população que está em situação de rua, estabelece, entre si e com as outras pessoas, estratégias de sobrevivência no espaço público e diferente do que se possa supor, muitas vezes estar na rua é uma opção e não uma condição. Elas estão condicionadas ao espaço urbano onde se fixam ou ocupam porque a rua é considerada espaço de identidades formadas maiores que as que a casa pode oferecer.

Segundo Escorel (1999) a população em situação de rua é um fenômeno visto em várias partes do mundo, tem uma dimensão multifacetada e multidimensional, mas guarda características comuns. Uma das questões colocadas é a respeito da dimensão sociofamiliar, um dos elementos comuns à maioria desta população. Questões também como a falta de vínculo trabalhista, a precariedade das atividades produtivas, o isolamento e a solidão são situações que também caracterizam a vida dos indivíduos que estão em situação de rua. A solidão consiste em não se sentir parte do mundo e é uma das experiências mais radicais e desesperadoras que uma pessoa possa viver (ESCOREL, 1999).

A presença de pessoas em situação de rua nas cidades é um fenômeno antigo que recebe contornos e explicações conforme os contextos históricos e suas sociedades correspondentes. Nos dias atuais, essa problemática se apresenta de forma complexa no mundo, tendo em vista as constantes transformações políticas, sociais, econômicas e geográficas (SIMÕES JUNIOR, 1992). Algumas de suas causas são o processo excludente da globalização, a precariedade das relações de trabalho, o desemprego e a individualização.

Segundo LAFER, 1998, a população de rua reflete a realidade de uma parcela de trabalhadores considerados como inúteis, desnecessários, e descartáveis, na ótica do capital, que é constituído e movido pela produtividade. Sendo assim, os indivíduos vivem no limite de seus direitos e se vêem despojados de sua cidadania (LAFER, 1998, p. 150).

A literatura mostra que dentre os fatores que levam os sujeitos a essa condição social são inúmeros como o desemprego, vínculos familiares interrompidos e fragilizados; violências, dentre elas familiar; a perda da autoestima; os transtornos mentais, incluindo a dependência às drogas, lícitas e ilícitas; a criminalidade; dificuldades de acesso à educação e profissionalização; doenças incapacitantes dentre outros. Estes fatores vão de encontro diretamente ao direito à saúde que está garantido a todos os indivíduos e com os desafios da prestação de cuidados pela equipe de saúde que prevê universalidade, integralidade e equidade.

Destaca-se que muitos dos que estão em situação de rua têm conceitos diferenciados sobre o processo saúde e doença. Culturalmente, quando se pergunta sobre a saúde de alguém, é muito comum a resposta estar associada a dimensão positiva, ou seja, estar bem sempre ligado ao fato de não ter ficado doente, nem ter precisado tomar medicamentos ou por não ter procurado os serviços de saúde. Essa resposta, entretanto, não vem acompanhada da dimensão da saúde acompanhada de nossa capacidade de enfrentar os adoecimentos, buscar ajuda e entender o que está ocorrendo, como, ainda, os momentos da vida, nos quais somos capazes de pensar, sentir e assumir nossos atos e decisões.

A concepção de saúde no Brasil não se refere à ausência de doenças estritamente, mas à uma visão mais ampla do conceito, tendo como desdobramentos as condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, e acesso aos serviços de saúde.

O que acontece muito frequentemente nas políticas públicas criadas para atender os necessitados, é que elas são pensadas e aplicadas somente para os grupos que seguem os padrões socialmente aceitos e para um público com perfil criado por pessoas que desconhecem a realidade do público-alvo das propostas. Por essa razão, as políticas e programas voltados para população em situação de rua, ao longo da história, têm mostrado muita dificuldade em superar dois extremos: o assistencialismo, e a repressão que se expressa nos serviços ofertados de abrigo e de recolhimento. Um exemplo de repressão é o conjunto de ações do poder público para a população em situação de rua, apoiadas pela maioria dos cidadãos que, muitas vezes, solicitam a remoção de moradores de rua localizados perto de suas residências, em vez de solicitarem políticas que garantam direitos e oportunidades para essas pessoas.

Sposati (1995) descreve essa lógica de ações como “modelo filantrópico higiênico”, no qual a orientação do trabalho é segregar, esconder e higienizar (p.90). Como bem assinala Varanda (2004), esse é um problema social complexo e não pode ser entendido pelo preceito higienista e sanitarista, em que a pessoa em situação de rua deve ser removido para higienizar a feição das cidades. Os serviços de saúde também podem acabar reproduzindo essa lógica, pois há um enquadre institucional “medicalizante” e hegemônico na área dos serviços de saúde, que classifica essa população como usuários de drogas (VARANDA, 2004), problema que seria decorrente de ordem mental, ou psiquiátrica. A perspectiva de olhar essa população pelo viés do uso de droga pode se somar às outras formas de controle sobre esse público, como por exemplo, as propostas de internação compulsória.

Segundo o autor, a população de rua sofre restrição de acesso à saúde e educação e está submetido a condições precárias de sobrevivência e exposto a diferentes formas de violência que tornam sua saúde ainda mais vulnerável. Além disto, quanto maior o tempo de permanência sob esta situação, maior a tendência de ficarem estáticas com relação à busca por melhoria da qualidade vida e a desenvolver doenças mentais.

Nessa perspectiva, (Ayres, 2009) coloca que a categoria cuidado é expressa a partir da complexidade da sua efetivação na atenção à saúde, uma vez que esta não se dá apenas por prescrições, medicalização, ou normatizações e/ou protocolos mas pelo diferencial dos profissionais de saúde na atenção primária que é a abertura ao diálogo com os usuários do serviço, aos seus desejos, às suas histórias de vida, angústia e desafios, que são elementos constitutivos no projeto de vida deles e isso significa que existem inúmeros projetos individuais que não valem para todos e o profissional deve estar atento à estas singularidades.

Destaca-se ainda nesse caso das pessoas em situação de vulnerabilidade, que nem sempre vivem na rua, mas utilizam este espaço para reprodução de sobrevivência, de vida e de trabalho, que também fazem parte do perfil da demanda dos serviços que as políticas de saúde devem atender exigindo constante dinamização, renovação e adequação dos arranjos e das metodologias de organização do cuidado. São pessoas que historicamente, tem acesso limitado aos serviços de saúde com uma gama de entraves, dentre as quais se destaca a exigência de comprovação de residência, documentação para acesso à rede e a medicamentos, tratamentos de saúde aplicados a regras que não levam em consideração as condições de vida destes indivíduos, e com uma gama de profissionais sem perfil e/ou despreparados para o acolhimento a esse grupo.

A importância de uma assistência adequada, multiprofissional e holística proporcionando melhoria das condições de saúde e de vida dessas pessoas, de acordo com as suas realidades cotidianas compreendendo as especificidades de cada grupo ou indivíduo e a existência do projeto Consultório de Rua, trouxe a necessidade da implantação das Equipes de Consultório na Rua como uma ferramenta de cuidado em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Observando essa necessidade a Política Nacional de Atenção Básica instituiu os Consultórios na Rua (CnaR) com o objetivo de ampliar o acesso dos usuários à rede de serviços de saúde promovendo uma articulação da rede com a principal finalidade de garantir o acesso à atenção integral à saúde às pessoas em situação de rua/usuários de álcool e outras drogas.

3 | A EQUIPE X POPULAÇÃO DE RUA: COMO O CUIDADO É RECEBIDO?

Os Consultórios na Rua (CnaR) são equipes multiprofissionais que atuam de forma itinerante e fazem parte das estratégias de ação de saúde adotadas pelo Ministério da Saúde que tem como foco prioritário a abordagem e atendimento às pessoas que vivem em situação de rua. As equipes são uma forma de levar o atendimento integral à saúde às pessoas que tem dificuldades de acesso aos modelos tradicionais de serviços da rede de saúde.

Em Manaus, a equipe de CnaR é multidisciplinar formada por Assistente social, psicólogo, enfermeira e técnicos de enfermagem. De acordo com a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011 que *define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. As eCR integram o componente atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial e desenvolvem ações de Atenção Básica, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na Política Nacional de Atenção Básica.*

Define ainda no Art. 2º que as eCR são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua cujas atividades devem incluir a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas. Além disso, eCR devem desempenhar suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário e ainda poderão utilizar, quando necessário, as instalações das UBS do território. (Ministério da Saúde, 2011, Manual do cuidado, 2012).

Silva et AL 2015 em estudo sobre a prática do cuidado em um Consultório na Rua no Rio de Janeiro esclarecem que o CnaR, é constituído como uma estratégia para estabelecer de elos de ligação entre o serviço de saúde e a população em situação de rua, sendo o um trabalho desenvolvido diretamente na rua e uma forma de construção de vínculos que facilitem a conexão dos usuários aos serviços das unidades de saúde. As ações na rua são focadas na redução de danos, que têm como característica principal “ofertar cuidado no espaço da rua” (Silva et al, 2015:250).

É importante destacar que nem sempre esse cuidado no espaço da rua é bem recebido pela pessoa que se encontra na rua, muitas vezes exige tempo e um processo de construção de vínculo e confiança ampla para uma possível adesão a este cuidado. Esse é essencial e fundamental na realização do cuidar, ou seja, no encontro com os sujeitos na rua, os profissionais buscam abrir mais oportunidades para as subjetividades, não objetivando os sujeitos de intervenção, mas abrindo espaço para a atenção diferenciada.

Os consultórios na rua hoje se tornaram uma estratégia no campo da saúde pública com o objetivo de ampliar o acesso às pessoas em situação de rua às políticas nacionais de atenção básica e de saúde em geral tendo como ênfase as individualidades e a singularidade dos sujeitos e grupos vinculando-as em ações compartilhadas entre os diferentes setores da sociedade.

A Equipe de consultório na Rua atua de forma diferenciada à maneira tradicional das equipes de unidade de saúde. Os Consultórios de Rua são formados por equipes multiprofissionais da atenção básica e devem seguir os atributos desse ponto de atenção sendo porta de entrada preferencial, deve propiciar atenção integral e coordenar o cuidado, da população em situação de rua (PSR) *in loco*. Devido às especificidades dessa população, a estratégia de redução de danos deve ser transversal a todas as ações de saúde realizadas

pela equipe que deve organizar seu processo de trabalho prevendo momentos de reuniões de equipe da ECR e interequipes (NASF, CAPS etc.), planejamento, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a atenção integral à saúde, a resolatividade das ações e a gestão do cuidado (Manual do Cuidado 12:43). Dessa forma, estão listadas acima, algumas atividades do cotidiano de trabalho da equipe dentre as quais destacamos a abordagem.

A abordagem com as pessoas em situação de rua pela equipe é feita de diversas formas. Em algumas ocasiões a equipe vai sozinha, em outras a equipe vai acompanhando outros serviços, pois é acionada para este fim. As abordagens são feitas de forma contínua e fazem parte do trabalho cotidiano da Equipe de Consultório na Rua. Elas são realizadas onde há pessoa em situação de rua, a qualquer tempo e em qualquer horário.

A abordagem é um instrumento importante para a construção do vínculo com as pessoas em situação de rua e toda a equipe deve estar atenta para aspectos relevantes dessa estratégia. De acordo com o Manual do cuidado a saúde junto à população em situação de rua, na abordagem inicial com o usuário:

A equipe deve priorizar uma observação e escuta qualificada, que necessariamente passam pela valorização e respeito aos diversos saberes e modos de viver dos indivíduos, possibilitando a construção de vínculos de confiança junto a essa população, que se reproduz em processos relacionais no cuidado integral à saúde. Quando se trata de população em situação de rua (PSR), a abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado, tendo em vista que esse grupo social é historicamente marcado por um processo de exclusão dos serviços de saúde, onde a sua presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde quanto para os demais usuários, ficando quase sempre renegado o seu direito à atenção integral à saúde e, quando muito, apenas é atendido nas emergências (Manual do cuidado em saúde, MS, 2012:39).

A equipe segue os procedimentos orientados pelo manual de atendimento à população de rua, entretanto, ele não expressa a realidade vivida por ambos os lados, tanto do usuário, quanto do profissional e menos ainda quanto à rede de atendimento e dos profissionais que atuam na área. A realidade vivenciada no cotidiano do atendimento a esta população é mais complexa do que se pode teorizar ou supor os manuais de orientação aos profissionais dos Consultórios na Rua espalhados pelo Brasil e suas múltiplas diversidades. O Manual esclarece que a população de rua, além de enfrentar uma barreira já conhecida para uso dos serviços de saúde, ainda tem dificuldades de caminhar na rede, identificando locais e os diversos serviços oferecidos. *“Os serviços de urgência, em sua maioria, são distantes e inacessíveis. Longas esperas podem significar perda de refeições ou acesso a abrigo”*. Dessa forma, em alguns casos a equipe acompanha o paciente em consultas para garantir o melhor atendimento.

Nessa interação, há diversos aspectos que não estão previstos como, por exemplo, o fato de muitos pacientes se recusarem a qualquer tipo de tratamento ou contato com a

família, ou ao fato de que a própria família não ter mais vínculo afetivo com ele e quando há algum vínculo, muitas pessoas preferem estar nas ruas a voltar a coabitar com suas famílias.

Em face a essa realidade, é necessário que o profissional compreenda que o ato interpessoal de cuidar exige conhecimento e o respeito da individualidade do ser, e que, portanto, é fundamental que haja uma interação eficaz com os pacientes, o que caracteriza o vínculo. Essa interação torna possível assim a promoção de saúde, de um atendimento digno capaz de contribuir para a reinserção social e redução dos fatores já muito comuns às pessoas em situação de rua.

A Política Nacional para População em Situação de Rua foi decretada no dia 23 de dezembro de 2009 por meio do decreto número 7.053, no âmbito da assistência social da federação. Esta política Conta com o apoio dos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Justiça, das Cidades, da Educação, da Cultura, do Trabalho e Emprego e Ministério da Saúde.

Os princípios que regem a política além de igualdade e equidade, visam o respeito à dignidade da pessoa humana; direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; e ainda o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Ainda no ano de 2009 foi dado mais um passo importante na área da Saúde para a população de rua com a publicação do Decreto que instituiu o Comitê Técnico de Saúde para essa população por meio da Portaria MS/GM nº 3.305, de 24 de dezembro. Esse Comitê é composto por representantes de algumas Secretarias do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz e por representantes de Entidades da Sociedade Civil organizada. Desse modo, as conquistas na área da Saúde foram obtidas com a efetiva participação da sociedade civil.

O exercício da participação e do controle social por parte da população em situação de rua ou de entidades que atuam em defesa dos seus direitos é fundamental para a efetiva melhoria das ações de atendimento à saúde.

Estes comitês intersetoriais de acompanhamento e monitoramento das ações estabelecidas pela política terão as seguintes atribuições: elaborar planos de ação para a política, acompanhar e monitorar a política, propor formas de divulgação da política, acompanhar e avaliar os Estados na sua implementação.

A especificidade da pessoa em situação de rua e a alta vulnerabilidade retrata um cenário epidemiológico preocupante. Segundo o “Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua”, publicado em 2012, as doenças frequentes nesse grupo variam desde as mais simples até as mais complexas. Os hábitos de vida influenciam na ocorrência dessas doenças, e o controle das mesmas é dificultado devido a alimentação

inadequada, a instabilidade de abrigo, bem como problemas com armazenamento de medicamento e ingestão dos mesmos em horários certos (BRASIL, 2012a).

Há muitas peculiaridades do estar na rua e as influências ambientais que influenciam diretamente a saúde e o bem estar da população. Muitos andam descalços havendo uma tendência de desencadear doenças nos pés como micoses e calosidades; a higiene pessoal inadequada pode gerar infestação de piolhos, micoses, cárie, hepatite, ascaridíase, amebíase dentre outras. A incidência de contaminação por tuberculose (TB), devido ao abandono de tratamento; a alimentação imprópria, a exposição às variações climáticas e o uso do tabaco são alguns fatores que contribuem para o aparecimento de doenças pulmonares, hipertensão e diabetes; A falta de proteção e as necessidades de consumo de entorpecentes levam à infecções sexualmente transmissíveis (IST), como sífilis, herpes, HIV que são recorrentes pois não são devidamente tratadas agravando a discriminação na rua e o risco de contaminação. (BRASIL, 2012a). Ocorre ainda a expansão do consumo de substâncias psicoativas, levando à necessidade de ações multiprofissionais efetivas e novos dispositivos de cuidado para a população mais jovem.

Outro passo importante para a ampliação da política de saúde para a população de rua, foi a publicação do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde por meio da Resolução nº 2, de 27 de fevereiro de 2013, que define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do SUS cujos objetivos são: garantir o acesso da PSR às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da PSR.

O Consultório na Rua (CnaR) como programa no âmbito da saúde da PSR é considerado um serviço transversal, que produz cuidado tanto de saúde mental como da atenção primária, prioritariamente e ainda inclui a redução de danos formando o tripé condutor do trabalho das equipes.

A perspectiva da redução de danos é caracterizada como uma abordagem ao fenômeno do uso e abuso de drogas cujo objetivo não é apenas restringir o uso de drogas mas sobretudo, minimizar os danos sociais e à saúde dos usuários. O debate e prática desse tipo de intervenção foram marcados por ações no campo do direito à saúde e tem se estendido à esfera dos Direitos Humanos e ao exercício da cidadania. A prática de redução de danos centra-se na maneira crítica, na socialização política de usuários de drogas com propósitos de os usuários protagonizarem as ações e promovam o auto-cuidado.

A PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005 do Ministério da Saúde Define a redução de danos como “Danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não

querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo”.

Queiroz afirma que a redução de danos é um conceito e uma estratégia científica, mas antes de tornar-se enquanto tal ela foi um movimento político e descreve que na Holanda na década de 70 vinha sendo estruturada uma política nacional tolerante às drogas.

As equipes dos Consultórios na Rua possuem as seguintes modalidades, conforme a Portaria 122, art. 3º:

I - Modalidade I: equipe formada, minimamente, por quatro profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

- a) dois profissionais de nível superior; e
- b) dois profissionais de nível médio;

II - Modalidade II: equipe formada, minimamente, por seis profissionais, escolhidos dentre aqueles estabelecidos no art. 2º desta Portaria, excetuando-se o médico, sendo:

- a) três profissionais de nível superior; e
- b) três profissionais de nível médio; e

III - Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

Os profissionais que podem compor as eCnaR podem ser: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012d); além do cirurgião-dentista, profissional/professor de educação física, e profissional com formação em arte e educação (incluídos na Portaria nº 1.029).

Ressalta-se que os municípios têm liberdade para definir aqueles profissionais que consideram possíveis e necessários para atuarem, de acordo com a realidade e as demandas de cada localidade.

A normativa também prevê a não necessidade de mais de dois profissionais de cada categoria em uma mesma equipe, bem como os Agentes Comunitários de Saúde podem ser agregados em todas as modalidades de eCnaR. O parâmetro adotado na portaria pressupõe o atendimento de uma população entre oitenta e mil pessoas em situação de rua, sendo que tal estatística deve ser comprovada por meio dos censos populacionais realizados por órgãos oficiais; assim, para que quaisquer municípios solicitem o credenciamento do CnaR e sejam considerados elegíveis, é necessário que cumpram a exigência da quantidade mínima de PSR no território (BRASIL, 2012d).

Dentre as atribuições comuns a todos os membros das eCnaR, estão os registros através de prontuários clínicos, possibilitando o fornecimento de informações para os sistemas de saúde, para os bancos de dados, bem como para desenvolvimento de pesquisas, sendo considerado um elemento essencial para gestão da saúde (MENDES, 2011)

Conforme a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012 que define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua, o diagnóstico deve “[...] possibilitar à equipe um olhar focado em um tripé: território, grupo social e singularidade do sujeito”, ou seja, todos esses aspectos são necessários para identificar o perfil da PSR de determinada localidade, permitindo assim a criação de estratégias mais adequadas e justas, onde devem ser levadas em conta as características do território, do espaço geográfico, os aspectos culturais, sociais, políticos, econômicas, sanitários, dentre outras, fornecendo elementos que possibilitem uma visão ampla do contexto na rua.

Nas abordagens realizadas pelas eCnaR o ideal no processo de construção de vínculo é a busca contínua pelo diálogo, pela escuta qualitativa, o que exige tempo e dedicação porque o processo dessa construção nem sempre é possível nos primeiros contatos. Deve-se ter respeito às diversidades e as escolhas de cada um, evitando julgamentos e as opiniões pessoais e visões de mundo particulares.

Ressalta-se que uma mobilização conjunta, por meio da parceria intra e intersetorial com as eCnaR, é de suma importância para a efetivação do direito e acesso a saúde das pessoas em situação de rua. As diferentes políticas devem estar integradas, em busca da efetivação da cidadania e autonomia dos sujeitos. Essa integração é dificultada pela fragilização da rede e a insensibilidade frente às demandas apresentadas pela população de rua.

É fundamental que a articulação seja uma das diretrizes do trabalho da equipe e esta articulação deve ser concretizada intra e intersetorialmente de maneira que as ações estejam atreladas às unidades de saúde, aos CAPS, as Unidades de urgência e emergência, com a rede de assistência social, às organizações da sociedade civil que atendem a população de rua no intuito de garantir a continuidade do cuidado, que depende das outras políticas.

A implementação das equipes de consultório na rua também teve impacto na burocracia do atendimento à saúde como, por exemplo, a documentação para o acesso aos serviços como consultas, exames e o próprio registro no sistema além do desconhecimento da população e dos executores dos serviços oferecidos. A Portaria MS/GM nº 940, §1º, artigo 23, de 28 de abril de 2011, dispensa aos ciganos, nômades e moradores de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS sendo que qualquer pessoa tem o direito de ser atendido nas unidades de saúde, independentemente de apresentação de documentação, garantindo assim o acesso à população sem que haja qualquer inconveniente ou dificuldade.

Dessa forma, a implementação do CnaR desestimulou o atendimento de saúde segregado, ampliando o acesso às unidades de saúde. Embora se sabe que essa mudança esteja sendo feita de forma gradual haja vista que muitos não são acolhidos nos serviços em decorrência desse problema, há que se considerar um avanço no campo das políticas de saúde e na sua universalização.

41 CONSULTÓRIO NA RUA DE MANAUS/AM: PARTICULARIDADES E POTENCIALIDADES

A equipe de Consultório na Rua de Manaus foi criada no ano de 2015 visando, assim como nos demais Estados e Municípios, ampliar o acesso da PSR da cidade de Manaus aos serviços de saúde, desenvolvendo ações integrais de saúde frente às necessidades dessa população, realizando suas atividades de forma itinerante através de ações em parceria com as Unidades de Saúde do território e com os serviços e Instituições que atuam voltados ao atendimento específico dessa população.

Em 2017 a equipe foi reconhecida pelo MS através da PORTARIA N° 2.950, de 13 de novembro de 2017 que credencia Município a receber incentivos financeiros referentes as equipes de Consultório na Rua (eCR). Foi classificada como Modalidade II, e conta em sua formação com uma equipe multiprofissional composta por uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, dois técnicos de enfermagem e um motorista que também é parte integrante da equipe. A atuação é em equipe e nenhuma ação é centrada em uma profissão específica.

Dentre os desafios continuamente vivenciados pela equipe, destaca-se a complexidade na articulação intersetorial para a garantia de uma atenção integral, a superação de preconceitos e estigmas associados tanto às pessoas que fazem uso de drogas como àquelas em situação de rua, configurando-se inclusive como um fator dificultador do acesso ao cuidado e sua continuidade e a adesão às práticas preventivas e de tratamento (característica dessa população, em grande maioria, com elevados índices de drogadição por álcool e crack, de difícil acesso, com pouquíssimo contato com a rede de saúde e com muitas questões de saúde).

A primeira ação da ECnaR foi um mapeamento dos locais visando identificar as principais situações de saúde e os principais pontos de vulnerabilidade onde a equipe deveria iniciar suas atividades. Ações periódicas sistemáticas se seguiram a sua implantação, mantendo diálogo com as equipes de Unidades Básicas de Saúde e Serviços Especializados. A garantia da continuidade do atendimento integral deve ser construída a partir das parcerias intra e interinstitucionais constituídas ao longo da execução das ações.

Percebe-se através da prática que o exercício da cidadania e o respeito aos direitos humanos é algo, cotidianamente, priorizado pela equipe, e ainda posturas como o acolhimento, o sigilo, o respeito às singularidades e escolhas das pessoas atendidas. Nesse sentido, importante destacar que tanto a sociedade quanto as instituições do Estado ainda agem de forma a pressionar a equipe para que a população de rua seja retirada das ruas com a justificativa de preocupação com a estética e a proteção dos sujeitos que estão no entorno.

Dessa forma, são inúmeras demandas recebidas através de denúncias de populares e comunitários para atendimento de pessoas que estão em situação de rua em vários pontos

da cidade. Essas demandas não resolvem o problema da situação de rua, pois as equipes não estão atuando no sentido de “limpar” a cidade da população que ocupa seus espaços mas garantir acesso às políticas de saúde e às demais políticas públicas, sobretudo porque inexistente uma política de habitação ou de abrigamento para essas populações, ao contrário, essa realidade é justamente gerada pela ausência de acesso à moradia digna à todos, emprego, renda, alimentação dentre outros.

A abordagem inicial ao indivíduo na rua é sempre muito cautelosa, a fim de construir um vínculo sem deixar impressões equivocadas do trabalho em saúde. A equipe não coleta questões cadastrais logo no primeiro encontro, sem caracterizar formalidade e investigação, a não ser que parta de iniciativa do próprio usuário. É imprescindível destacar que a proposta de atendimento difere de outras ações na rua de cunho caritativo ou socioassistencial. Preferencialmente busca-se a identidade desses usuários autodeclarada (nome social ou apelido) respeitando a forma com que se identificam e preferências pessoais. Essa é uma forma comum à equipe para estabelecer uma relação de confiança.

A continuidade das abordagens e encontros seguintes precisa manter um tom informal e uma linguagem aproximada, procurando sempre estimular e demonstrar respeito e aceitação do outro sem imposições, de forma acolhedora.

O Acolhimento, um dos dispositivos de trabalho do CnaR é um conceito internalizado e significa mais do que receber o usuário de forma acolhedora mas parte do entendimento de que acolher é compreender a sua demanda para além da queixa apresentada, é perceber esse cidadão no seu contexto social e cultural e que nem sempre os cuidados e serviços apresentados são de interesse dele. Na abordagem inicial do usuário, a equipe prioriza uma observação e escuta qualificada, que necessariamente passam pela valorização e respeito aos diversos saberes e modos de viver dos indivíduos, possibilitando a construção de vínculos de confiança junto a essa população, que se reproduz em processos relacionais no cuidado integral à saúde.

Quando se trata de população em situação de rua (PSR), a abordagem e o acolhimento são de fundamental importância para a produção do cuidado, tendo em vista que esse grupo social é historicamente marcado por um processo de exclusão dos serviços de saúde, onde a sua presença se traduz em forte incômodo tanto para os profissionais de saúde quanto para os demais usuários, ficando quase sempre renegado o seu direito à atenção integral à saúde e, quando muito, apenas é atendido nas emergências. A equipe do Consultório na Rua deve organizar seu processo de trabalho prevendo momentos de reuniões de equipe da ECR e interequipes (NASF, CAPS etc.), realizar planejamentos, discussão de casos, elaboração e acompanhamento de projetos terapêuticos singulares, fundamentais para a atenção integral à saúde, a resolutividade das ações e a gestão do cuidado. (Manual do cuidado, 2012:39).

É a partir dessa visão interdisciplinar e ampla do conceito de saúde que a equipe pauta seu processo de trabalho, sempre procurando defender o direito das populações

de rua e dar acesso aos serviços disponíveis, sempre primando pelo bem estar e respeito aos desejos e vontade do usuário. É muito comum a equipe ser acionada para retirar a população da rua e para leva-los à sua revelia ao equipamento de saúde, entretanto, esse não é papel do CnaR que deve realizar o trabalho de forma itinerante e in loco.

A discussão de cada caso é uma rotina já que geralmente um caso se conecta a outros, em decorrência da são redes de relações e de características comuns à população de rua. Nesse contexto é feito um plano individualizado de cuidado, que Segundo Bocarddo et al. (2011) é o “projeto terapêutico singular” que deve ser construído, projetando-o como “uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas, desenvolvidas por uma equipe multi[profissional] e definidas a partir da singularidade dos indivíduos [sob cuidado/tratamento]” sempre com o protagonismo dos próprios sujeitos envolvidos.

Observa-se através desse compartilhar diário de visões multiprofissionais técnicas e sociais que é essencial motivar a população de rua de Manaus à mudança na própria forma de ver os serviços de saúde e a importância do real empoderamento das políticas diferenciadas.

O trabalho desenvolvido equipe aponta um diferencial com relação à equidade e integralidade em saúde, que são princípios norteadores desses serviços, muitas vezes esquecidos na atenção básica por não incorporar um cuidado diferenciado para as populações vulneráveis, e pela velha integralidade ainda estar longe do ideal. Muitos serviços ainda trabalham na lógica dos encaminhamentos, com referência e contra referência, de um itinerário sem início e sem fim numa rede de saúde que não dialoga e não está interconectada. Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população em situação de rua como de qualquer outro cidadão é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma equipe de Consultório na Rua (eCnaR).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A desigualdade social e a pobreza são problemáticas atuais da sociedade contemporânea, decorrente das grandes transformações ocorridas na sociedade brasileira, mais problemático ainda é garantir os direitos à cidadania que incluem uma vida digna e acesso as riquezas produzidas socialmente.

A partir da análise dos dados foi possível compreender as inúmeras estratégias e dificuldades na quais as pessoas em situação de rua têm que enfrentar no seu dia a dia para sobreviver, são pessoas que se encontram expostas a condições de vida precárias sem acesso aos direitos básicos, à dignidade a pessoas humana. Promover a saúde da população de rua é uma tarefa complexa pois o caminho entre o direito a ter direitos e a burocracia do sistema, leva a distorções que fazem toda a diferença em nível micro que é a ampliação do acesso e usufruto dos direitos conquistados.

Constatou-se que pouco se fala a respeito na arena política e, embora o fato de o Estado vir gradativamente reconhecendo a importância desse problema com a publicação de leis e políticas de atenção a este público, ainda há uma distância significativa para garantir direitos de cidadania a estas pessoas. Estamos na contra mão, do lado avesso, buscando insistentemente a curva necessária.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, S. C., ABREU, D. P., e FARIAS, A. A. (2015). **Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de consciência, identidade e sentimento de pertença.** Revista Colombiana de Psicologia, 24(1), 129-143. doi:10.15446/rcp.v24n1.40659.

ARENDT, Hannah. As origens do Totalitarismo. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2004.

DA MATTA, Roberto. (1981), Carnavais, malandros e heróis. Rio de Janeiro, Zahar.

BITTAR, Eduardo Carlos Bianca. O direito na pós-modernidade. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Brasília, DF, Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.html> Acesso em: 28 set. 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2019.

BULLA, L. C.; MENDES, J. M. R.; PRATES, J. C. (Org.). **As múltiplas formas de exclusão social.** Porto Alegre: Federação Internacional de Universidades Católicas: EDIPUCRS, 2004, 247p.

COSTA, Ana Paula Motta. **População em situação de rua: contextualização e caracterização.** Revista Virtual Textos & Contextos, n. 4, dez. 2005.

A CASA & A RUA ESPAÇO, CIDADANIA, MULHER E MORTE NO BRASIL. 5ª edição, Rio de Janeiro – 1997.

SCOREL, S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999

FRANGELA, Simone. **Corpos Urbanos Errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo.** 1ª edição. São Paulo: Annablume, Fapesp, 2009.

Guarshi Et al. Intervenção na condição de vulnerabilidade social: um estudo sobre a produção de sentidos com adolescentes do programa do trabalho educativo. ESTUDOS E PESQUISAS EM PSICOLOGIA, UERJ, RJ, v. 7, n. 1, p. 20-30, abr. 2007.

LARANJEIRA, R; MADRUGAS, C; PINSKI, I; CAETANO, R; MITSUHIRO, S e CASTELLO, G. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de álcool e outras drogas (INPAD), UNIFESP, São Paulo: 2014.

MARRA, R, B. e MARRA, C, S. O direito a ter direitos: entre Kant e Arendt. Revista do Curso de Direito da UNIABEU, V. 12, N. 1, Janeiro – Junho 2019.

QUEIROZ, M.I. (1988) Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMSON (org.) Experimentos com Histórias de Vida: Itália-Brasil. São Paulo: Vértice.

QUINTAO, P. R. **O sujeito (oculto) e a cidade**: a arte de Wodiczko. São Paulo, v. 31, n. 46, jun.2008, vol.31, Disponível em: <http://pepsic.bvpspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-1062008000100020&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 0101-3106.

RODRIGUES, L, R e CALLERO, J, R. O direito fundamental à saúde para a população em situação de rua de Salvador. Revista Juris Poiesis ano 18, nº 18, jan-dez.2015.

Sen, Amartya Desenvolvimento como liberdade — São Paulo : Companhia das Letras, 2010.

SILVA, F, P; FRAZÃO, I, S.; LINHARES, F. M. P. Práticas de saúde das equipes dos Consultórios de Rua. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, 2014

VARANDA, W. e ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100007&lng=es&nrm=iso.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ação Coletiva 13, 14, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 25

B

Bioética 26, 27, 28, 29, 30, 31

C

Comunidade 16, 22, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 49, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 91, 96

D

Direito 7, 12, 16, 17, 20, 21, 22, 24, 41, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 69, 70, 76, 90, 92

Diversidade 74, 90, 91, 94, 95, 96

Docente 95, 99, 101, 104, 106, 107, 108, 109

E

Emergencial 1, 2, 6, 8, 10, 19

Escola / Escolar / Escolas 8, 11, 21, 40, 41, 86, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98

Estado 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 18, 33, 35, 40, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 60, 63, 68, 69, 70, 75, 78, 80, 81, 83, 86, 87, 88, 90, 91, 94, 98

Esvaziamento Rural 32

G

Gênero 5, 56, 84, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98

I

Infantil 79, 80, 81, 88

Irrigação 32, 33, 37, 41, 42, 44

L

Lugar 1, 6, 13, 14, 16, 17, 20, 21, 24, 25, 47, 66, 68, 70, 71, 73, 75, 96, 97, 102, 105, 106

M

Movimentos Sociais 13, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 25, 68, 95

P

Pandemia 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 87

Política 3, 4, 11, 12, 14, 16, 20, 22, 23, 25, 26, 28, 29, 37, 39, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 53, 54, 56, 57, 58, 61, 63, 65, 70, 75, 90, 91, 93, 99, 110

População em Situação de Rua 4, 8, 9, 11, 12, 27, 28, 29, 30, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 61, 62, 63, 64

Proteção 1, 3, 8, 22

Proteção Social 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 50

Psicologia 63, 65, 66, 67, 68, 75, 76, 77

R

Resíduos 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 23, 24

S

Saúde 1, 2, 5, 6, 8, 10, 12, 18, 19, 23, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 41, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 64, 66, 71, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 84, 86, 87, 88, 89, 91, 110

Sequeiro 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 42, 43

Serviço Social 11, 99, 110

Supervisão 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108

T

Tortura 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86

V

Violência 24, 43, 47, 52, 65, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 92, 94, 96, 97, 98, 110

Vulnerabilidade 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 53, 56, 60, 63, 78, 80



Demandas Sociais do Brasil Contemporâneo

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021



Demandas Sociais do Brasil Contemporâneo

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

 **Atena**
Editora

Ano 2021