

As ciências sociais aplicadas e seu protagonismo no mundo contemporâneo 2

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



As ciências sociais aplicadas
e seu protagonismo
no mundo contemporâneo 2

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti
(Organizadora)



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



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. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí

Prof. Dr. Alexandre de Freitas Carneiro – Universidade Federal de Rondônia

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

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora

Profª Drª Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa



Prof. Dr. Antonio Carlos da Silva – Universidade Católica do Salvador
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. Arnaldo Oliveira Souza Júnior – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a 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
Prof. Dr. Humberto Costa – Universidade Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadilson Marinho da Silva – Secretaria de Educação de Pernambuco
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. José Luis Montesillo-Cedillo – Universidad Autónoma del Estado de México
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Prof^o Dr^a Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
Prof^o Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Lucicleia Barreto Queiroz – Universidade Federal do Acre
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Universidade do Estado de Minas Gerais
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^o Dr^a Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Prof^o Dr^a Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
Prof^o Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins



As ciências sociais aplicadas e seu protagonismo no mundo contemporâneo 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadora: Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C569 As ciências sociais aplicadas e seu protagonismo no mundo contemporâneo 2 / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0204-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.046221406>

1. Ciências sociais. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 301

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



Atena
Editora
Ano 2022

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; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A coletânea *Ciências Sociais Aplicadas: e seu protagonismo no mundo contemporâneo 2* é composta por 13 (treze) capítulos produtos de revisão de literatura, ensaio teórico, pesquisas qualitativa e quantitativa, relato de experiências, dentre outros.

O primeiro capítulo, discute o *conjunto de políticas públicas de desenvolvimento rural durante os dois governos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2010)* e os limites e possibilidades das *políticas de Educação do Campo e Territórios da Cidadania na conformação de uma política de agricultura familiar*. O segundo, por sua vez, discute as políticas públicas de desenvolvimento rural a partir da análise e discussão de um projeto produtivo.

O terceiro capítulo, discute a relação existente entre produção de alimentos em larga escala e a fome no Brasil. O quarto por sua vez, discute as contradições vinculadas à efetivação dos direitos das pessoas com transtorno mental em situações de crise em saúde mental e contradições vinculadas.

O quinto capítulo, discute os resultados da pesquisa acerca das estratégias abordadas pela Biblioteconomia para a preservação/conservação de documentos. O sexto, por sua vez apresenta os resultados de pesquisa realizada em 2021, acerca do contexto de uma *biblioteca pública e o potencial do Estudo de Comunidades neste cenário*.

O sétimo capítulo, discute a administração de instituições públicas de ensino e sua transformação em instituto universitário. O oitavo, por sua vez, discute a relação entre a qualidade do serviço prestado pelo pessoal administrativo e a satisfação dos alunos de uma Instituição de Ensino Superior.

O nono capítulo apresenta *um mapeamento sistemático da literatura, referente às ferramentas utilizados em avaliações de impacto social*. O décimo, por sua vez, discute *o desenvolvimento e o uso de um modelo de diagnóstico capaz de identificar a maturidade da agência reguladora*.

O décimo primeiro, discute os limites e possibilidades no direito brasileiro no contexto da reparação dos danos ambientais e litígios climáticos. O décimo segundo, discute os resultados da pesquisa acerca da relação entre treinamento de equipe e a satisfação do cliente.

E finalmente o décimo terceiro capítulo, apresenta os resultados da pesquisa acerca da produção em revistas científicas acerca da Música, e como estas produções se conectam com as ciências sociais.

Neste contexto, convidamos o leitor a acessar o material vinculado, produzido a partir da análise investigativa dos autores, conhecer as discussões e reverberar no seu cotidiano profissional.


SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

AGRICULTURA FAMILIAR NO BRASIL DURANTE OS DOIS GOVERNOS DE LULA: UMA ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DESENVOLVIMENTO RURAL

Banjaqui Nhaga


Diego de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0462214061>

CAPÍTULO 2..... 17

POLÍTICAS PÚBLICAS DE DESENVOLVIMENTO RURAL NO NORTE DE MINAS GERAIS: AVALIAÇÃO E DISCUSSÃO A PARTIR DE UM PROJETO PRODUTIVO

Frederico Maciel Borges

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0462214062>

CAPÍTULO 3..... 31


A PRODUTIVIDADE DE ALIMENTOS E A FOME NO BRASIL: UMA ANÁLISE DESTE CENÁRIO NA PANDEMIA POR COVID-19 EM 2020

Éverson Lucas Coradin

Elis Regina Costa

Taciana Wilke Pires

Adriele Inácio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0462214063>

CAPÍTULO 4..... 35

CONTRADIÇÕES EM TORNO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO À CRISE

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Ana Lucia César da Costa

Francisca Maria Soares

Josélia Macêdo de Carvalho Sousa


Maria Ester da Costa

Maria José Girão Lima

Ana Gabrielly da Silva

Maria da Conceição Silva Rodrigues

Tamires Leticia Cardoso da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0462214064>

CAPÍTULO 5..... 46

A PRESERVAÇÃO DE DOCUMENTOS E SUA IMPORTÂNCIA CULTURAL

Tatiana Frazão Silva


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0462214065>

CAPÍTULO 6..... 55

ESTUDO DE COMUNIDADE: A BIBLIOTECA PÚBLICA “JOSUÉ” E SEU ESTIMADO

PÚBLICO

Regina L. Péret Dell'Isola
Raquel Ferreira de Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0462214066>

CAPÍTULO 7..... 73

ADMINISTRACIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS PUBLICAS SIN PRESUPUESTO DIRECTO Y SU TRANSFORMACIÓN A INSTITUTO UNIVERSITARIO DESARROLLANDO LOS EJES ESTRUCTURANTES


Christian Javier Aguas Diaz
J Flores
K.Sarmiento

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0462214067>

CAPÍTULO 8..... 88

CALIDAD DE SERVICIO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y SATISFACCIÓN DE LOS ESTUDIANTES EN LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE JULIACA


José Oscar Huanca Frías
Rene Eduardo Huanca Frías
Julio Rumualdo Gallegos Ramos
Juan José Apaza Justo
Ledu Anali Ferreyros Calisaya
Vitaliano Enriquez Mamani

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0462214068>

CAPÍTULO 9..... 99

FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DE IMPACTO SOCIAL: UM MAPEAMENTO SISTEMÁTICO DA LITERATURA


Isabelly Batista Silva
Gustavo Maurício Filgueiras Nogueira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0462214069>

CAPÍTULO 10..... 120

O USO DE MODELOS DE MATURIDADE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO DA MELHORIA DA QUALIDADE REGULATÓRIA PARA O DESENVOLVIMENTO ECONOMICO SUSTENTÁVEL


Danielle Zanoli Gonçalves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04622140610>

CAPÍTULO 11..... 139

A REPARAÇÃO DOS DANOS AMBIENTAIS E O NEXO DE CAUSALIDADE NOS LITÍGIOS CLIMÁTICOS: LIMITES E POSSIBILIDADES NO DIREITO BRASILEIRO

Ana Carolina Benzi Bastos


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04622140611>

CAPÍTULO 12..... 161

CAPACITACION DE PERSONAL Y SATISFACCION DEL CLIENTE DEL SUPERMERCADO

PLAZA VEA-JULIACA


José Oscar Huanca Frias
Rene Eduardo Huanca Frías
Julio Rumualdo Gallegos Ramos
Juan José Apaza Justo
Ledu Anali Ferreyros Calisaya
Vitaliano Enriquez Mamani

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04622140612>

CAPÍTULO 13..... 172

MÚSICA & CIÊNCIAS SOCIAIS: UMA ANÁLISE INTERDISCIPLINAR EM ARTIGOS PUBLICADOS ENTRE 2015 E 2019

Rogério de Brito Bergold

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04622140613>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 195

ÍNDICE REMISSIVO..... 196

CAPÍTULO 4

CONTRADIÇÕES EM TORNO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO À CRISE

Data de aceite: 01/06/2022

Data de submissão: 08/05/2022

Lucia Cristina dos Santos Rosa

Universidade Federal do Piauí, Departamento de Serviço Social/Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas
Teresina – Piauí
<http://lattes.cnpq.br/1155495958494760>

Ana Lucia César da Costa

Hospital Areolino de Abreu
Teresina-PI

Francisca Maria Soares

Hospital Areolino de Abreu
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/4771907265710158>

Josélia Macêdo de Carvalho Sousa

Hospital Areolino de Abreu
Teresina-PI

Maria Ester da Costa

Hospital Areolino de Abreu
Teresina-PI

Maria José Girão Lima

Hospital Areolino de Abreu
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/5395532463045910>

Ana Gabrielly da Silva

Universidade Federal do Piauí – Curso de Serviço Social
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/3393308697410903>

Maria da Conceição Silva Rodrigues

Universidade Federal do Piauí – Curso de Serviço Social
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/0524195431523015>

Tamires Leticia Cardoso da Silva

Universidade Federal do Piauí – Curso de Serviço Social
Teresina-PI
<http://lattes.cnpq.br/6573382082127527>

RESUMO Com o processo de reforma psiquiátrica brasileira, a partir de 1990, houve mudanças substanciais no trato da pessoa com transtorno mental, que teve sua cidadania construída e reconhecida através da Lei nº 10.216/01, com direcionamento de seu cuidado em liberdade e no seu território de vida. Nesse contexto, os manicômios/hospitais psiquiátricos foram instados a se submeter a avaliações e a alterações, reduzindo o número de leitos e assegurando a qualidade assistencial. A partir de revisão de bibliografia e relato de experiência a partir das vivências do estágio obrigatório em Serviço Social, tem-se por objetivo elencar as contradições que persistem em torno dos direitos das pessoas com transtorno mental, sobretudo em situações de atenção à crise em saúde mental. Elenca-se algumas situações que ensejam dilemas assistenciais que, se não sanados arriscam produzir danos, sobretudo ao usuário do serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Reforma psiquiátrica; Cidadania; Transtorno mental; Crise.

CONTRADICTIONS ABOUT THE RIGHTS OF THE PERSON WITH MENTAL DISORDER IN CRISIS CARE

ABSTRACT With the Brazilian psychiatric reform process, starting in 1990, there were substantial changes in the treatment of people with mental disorders, whose citizenship was built and recognized through Law nº 10.216/01, with the direction of their care in freedom and in their territory. of life. In this context, psychiatric asylums/hospitals were urged to undergo evaluations and changes, reducing the number of beds and ensuring the quality of care. Based on a literature review and an experience report based on the experiences of the mandatory internship in Social Work, the objective is to list the contradictions that persist around the rights of people with mental disorders, especially in situations of attention to the health crisis. mental. Some situations are listed that give rise to care dilemmas that, if not remedied, risk causing damage, especially to the service user.

KEYWORDS: Psychiatric Reform; Citizenship; mental disorder; Crisis.

1 | INTRODUÇÃO

Com a apropriação médica da loucura, o que ocorre a partir da sociedade Ocidental Moderna, entre os séculos XVIII e XIX, a pessoa com transtorno mental passa a ser associada à incapacidade e à periculosidade, o que é fundamentado na junção entre os saberes psiquiátricos e jurídicos, mediatizados pela razão iluminista. Consequentemente, o tratamento desse segmento, primeiramente passa a ocorrer através do isolamento social, pois apreendidos como um perigo para o convívio social. Os impactos da segregação desse grupo em instituições asilares/manicômios foram bem retratados por Erving Goffman (1992), que mostrou como a gestão da vida pela lógica institucional culmina com a mortificação do eu do “paciente”, ou seja, supressão da subjetividade, massificação, ou seja, violação de direitos humanos. A avaliação histórica das instituições psiquiátricas manicomial, no contexto da Segunda Guerra Mundial, a aproximará dos campos de concentração nazista, o que redundará em várias tradições e projetos reformistas em diferentes países, sobretudo Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália. Em 1990, a Declaração de Caracas, fruto da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada pela Organização Pan-americana da Saúde – OPAS e Organização Mundial da Saúde – OMS, na Venezuela, condenam o modelo manicomial, a partir de 4 eixos: ético jurídico (por violar direitos humanos); clínico (pela sua ineficácia terapêutica); institucional (por mortificar, sujeitar seus internos) e sanitário (por gerar a “cidade dos loucos” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1990).

A maioria dos projetos reformistas/reformadores da lógica manicomial, se voltaram para a humanização e recuperação da “função terapêutica” da lógica asilar, manicomial. A proposta mais radical centrou-se no projeto italiano que buscou desconstruir o manicômio, alterando o paradigma psiquiátrico tradicional (AMARANTE, 1996), reinserindo a pessoa com transtorno mental na sociedade.

O Brasil acompanhou as tendências hegemônicas, inicialmente, incrementando o modelo asilar/manicomial, cujo marco foi a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, inaugurado em 1852. Esse modelo disseminou-se pelo país todo, concentrando toda a assistência psiquiátrica nas capitais de cada Estado. Os questionamentos dos efeitos iatrogênicos de sua lógica ocorrem a partir de 1978, no cerne do processo de redemocratização da sociedade brasileira, tendo por marco a luta por melhores condições de trabalho, que desnuda as péssimas condições assistenciais. Esse processo denominado por Paulo Amarante (1995) como a crise da DINSAM, leva os líderes do processo a serem demitidos e, como reação, é criado o Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), posteriormente transformado no Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que dá sustentação ao Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se dissemina por todo Brasil, de maneira desigual. Nesse contexto, o modelo da atenção psicossocial comanda o processo de construção de uma “sociedade sem manicômios”, tendo por fundamento a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental, alçada a sujeito de direitos; o cuidar em liberdade, haja vista os efeitos iatrogênicos do modelo manicomial e que a liberdade é terapêutica e o cuidado territorial, pois a perspectiva é de construção de uma outra relação entre a sociedade e a loucura, e essa começa na comunidade, na reinvenção do cotidiano, onde a pessoa com transtorno mental reside e circula.

Apesar do movimento da reforma psiquiátrica ser alçado à política pública de Estado a partir de 1990 e ser coroado pela Lei nº 10.216/2001, que trata dos direitos da pessoa com transtorno mental e “redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2004), coexiste com o modelo asilar/manicomial, previsto para ser extinto à medida que serviços comunitários são criados. Mas, o modelo manicomial não ficou estático, sendo exigido a melhorar a qualidade assistencial, pela institucionalização do Programa Nacional de Avaliação dos Sistemas Hospitalares – Psiquiatria – PNASH-Psiquiatria, que teve por base a Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que estabelece diretrizes e normas para a assistência em psiquiatria e reclassifica os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). A perspectiva era diminuir o porte dos hospitais psiquiátricos, mantendo a maioria como pequeno porte, ou seja, até 160 leitos e paulatinamente tornar esse equipamento desnecessário, com a intensificação e expansão da rede de cuidados comunitário. Nesse sentido, em 23 de dezembro de 2011 é instituída a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS – em que os hospitais psiquiátricos, inicialmente foram excluídos. O que se quer enfatizar é que mesmo fora da RAPS e previstos para serem gradativamente extintos, os equipamentos manicomiais sofreram intensas modificações. A partir das avaliações via PNASH, tiveram que reduzir seu porte e implementar alterações na forma de cuidar.

Nesse contexto e a partir de relato de experiências, na condição de supervisora acadêmica, supervisoras de campo e estagiárias do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Piauí, no Hospital Areolino de Abreu, de setembro de 2021 a maio de 2022,

tem-se por objetivo elencar algumas contradições que persistem em torno dos direitos das pessoas com transtorno mental, sobretudo em situações de atenção à crise psiquiátrica, a partir da análise do Serviço Social no plantão.

2 | A REFORMA PSQUIÁTRICA PIAUIENSE E O CENTRAMENTO DO HOSPITAL AREOLINO DE ABREU

A assistência psiquiátrica no Piauí tem início com a criação do Asilo de Alienados em 1907, transformado em Hospital Areolino de Abreu - HAA, a partir da década de 1940, sob gestão do governo estadual. Em 1954 é criado um serviço particular, o Sanatório Meduna, que tem por base econômica principal os leitos contratados pelo sistema público de saúde. Toda assistência psiquiátrica estadual teve por epicentro político e assistencial o Hospital Areolino de Abreu.

Como analisam Macedo e Dimenstein (2012, p. 153) o Piauí ingressa no cenário reformista brasileiro tardiamente, “o que se viu no cenário local foi o descompasso com os acontecimentos de desinstitucionalização ocorridos no plano nacional”.

Pode se dividir a assunção do ideário reformista no plano local de diversas maneiras, um deles é focalizando os principais protagonistas desse processo, associado a marcos históricos datados e situados.

Os principais protagonistas desse processo no contexto piauiense foram: a) A coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, com sua política indutora, que libera recursos, na perspectiva de financiar a criação de serviços comunitários, tipo Centros de Atenção Psicossocial - CAPS nos municípios; fomenta a criação de comissões locais de trabalho, inclusive com a constituição de apoiadores do Ministério da Saúde que monitoram e municiam os processos locais; b) A Coordenação/Gerência Estadual de Saúde Mental, encarregada de coordenar o processo no plano estadual, que empreende primeiramente processos de capacitação; fomenta a criação de serviços estratégicos, geridos pelo governo estadual (contrariando inclusive a perspectiva de municipalização), exatamente para impulsionar os processos reformistas locais. E, a partir de 2005, passa a gerir um Plano Estadual de Saúde Mental, orientado pelos princípios da atenção psicossocial; c) o Ministério Público, com destaque para as ações da Dra Claudia Pessoa Marques da Rocha Seabra (SEABRA; ROSA, 2018, p. 88) que, frente às resistências, sobretudo de alguns gestores municipais, sobretudo da capital, em criar serviços próprios, constrói várias estratégias para acelerar e motivar as mudanças, tais como seminários, rodas de conversa, audiência pública (em 2009) para “ouvir a sociedade e os atores envolvidos no processo de redução de leitos psiquiátricos”; cria comissões de trabalho, reuniões entre diferentes gestores, para mediar divergências político partidárias em torno da matéria e institui Termos de Ajustamento de Conduta, dispositivo estratégico e fundamental para a criação de todos os Caps em funcionamento em Teresina; d) A Associação de Psiquiatria do Piauí, federada

da Associação de Psiquiatria Brasileira e a Associação Comunitária de Saúde Mental, que tem um papel importante na disseminação do ideário reformista, através de jornadas e seminários conjuntos, na perspectiva de criação de leitos em hospitais gerais, em um reforço da psiquiatria na medicina em geral e garantia da centralidade do poder médico no comando do processo mudancista; f) os movimentos sociais locais, criados a partir de 2001, ganhando destaque a Âncora – Associação de usuários e familiares da saúde mental (MOURA; SOUSA, 2014), que fomenta a criação de outras entidades no município de Água Branca (NAVI); Parnaíba (FÊNIX); União (Liberdade) e a partir de 2018, HOMOLOBUS – Associação Piauiense de usuários e familiares de álcool e outras drogas – ASPUFD.

Em termos temporais, até 2005, a correlação de forças locais pendia para uma perspectiva reformista focada na mudança da assistência psiquiátrica, sob comando médico. Dessa forma, até 2004, ocorrem muitos seminários e jornadas, para difundir o ideário da reforma psiquiátrica, mas, sem alterações locais substanciais. São criados os hospitais dia descentrados da capital, em Parnaíba e Picos; fomentadas a criação de leitos em hospitais gerais e, também, os primeiros Centros de Atenção Psicossocial surgem na capital, a partir de 2003/4, sob a liderança e gestão de médicos, tendo em vista a especialidade do coordenador do Caps infanto juvenil e do Caps voltado para consumidores de álcool e outras drogas. Em 2005, é criada uma comissão que elabora o plano estadual de saúde mental, sob a égide dos princípios da reforma psiquiátrica. Destaca-se que até então, o coordenador de saúde mental era um servidor do Hospital Areolino de Abreu (ROSA, 2003).

A gerente de saúde mental passa a estimular os gestores municipais do interior a criar Caps, utilizando a divulgação do incentivo financeiro para tanto, o que tem suas primeiras repercussões com a criação dos Caps de Uruçuí.

No mesmo período ocorre avaliações dos dois hospitais psiquiátricos locais – via PNASH-psiquiatria, havendo recomposição de equipes multiprofissionais e redução no número de leitos, ficando o Sanatório Meduna com 200 leitos e o HAA, com 160. Em 2010 o Sanatório Meduna encerra suas atividades.

Alguns profissionais do próprio HAA participam ativamente de processos reformistas, a exemplo de assistentes sociais que: a) respondem pelo serviço social de alguns Caps; b) fazem parte dos processos de desinstitucionalização, através da criação de residências terapêuticas e gestão de algumas delas; c) compõem equipes de desinstitucionalização, voltada para a pessoa em conflito com a lei; d) contribuem na criação da Âncora; e) assumindo a gerencia estadual de saúde mental, no caso Edna Castelo Branco. A despeito das contribuições individuais dos diversos profissionais e de cada categoria, o HAA, em todo processo reformista local, manteve-se como epicentro do processo reformista, sobretudo na atenção à crise, haja vista no Estado todo haver apenas um Caps III, que atua de maneira limitada aos municípios de Teresina, em situação de crise. Logo, o HAA é a referência estadual para a atenção à crise, tendo muitas limitações em articulações com redes de saúde.

Com as mudanças significativas na correlação de forças do governo federal, a partir de 2010, há redirecionamentos do e no processo reformista para a remanicomialização da atenção em saúde mental, com crescente reorientação dos recursos da Rede de Atenção Psicossocial para financiamento das Comunidades Terapêuticas, com tendência de ênfase na atenção ambulatorial, e fortalecimento dos manicômios, coroado com a Portaria MS nº 3.588/17 (WEBER, 2021). Nesse diapasão a Resolução nº 32/2017 estabelece em seu artigo 1º que, para fortalecer as diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), os Hospitais Psiquiátricos, considerados especializados, são incluídos como componentes da RAPS.

Apesar disso, observa-se que o HAA se encontra extremamente precarizado e sucateado. Sua infraestrutura física está bastante deteriorada, colocando os usuários dos serviços em risco; seu regimento interno encontra-se caduco, datado de 1987; tem 15 comissões de trabalho, mas, como baixa efetividade na produção de alterações em processos de trabalho e criação de protocolos ou fluxos assistenciais. Se houve majoração da diária hospitalar (Autorização de Internação Hospitalar – AIH), não se percebe melhorias decorrentes desse fato na infraestrutura hospitalar, nem na atenção assistencial, o que foi agravado pelo contexto pandêmico da COVID-19 e nos pós vacinação. Houve centralização da gestão dos recursos financeiros do HAA na Secretaria de Estado da Saúde do Estado – SESAPI, o que retirou a autonomia do dirigente. O HAA vem diminuindo suas atividades e reduzindo seu potencial assistencial, por exemplo, perdeu os leitos particulares com a criação do Instituto Volta Volta – IVV - um hospital psiquiátrico com leitos para pessoa com transtorno mental, incluindo consumidores de substâncias psicoativas; reduziu o número de psiquiatras (de 15 para 2) e psicólogos que atendiam no seu ambulatório.

Logo, a suposta remanicomialização, destoa da realidade assistencial atual do HAA. Ele não perdeu a centralidade assistencial, figurando como a principal porta de entrada estadual na urgência e emergência psiquiátrica. Há fortes indícios de remanicomialização, mas valorização dirigida para o setor privado, e com desvalorização, precarização e sucateamento do manicômio público. Um aspecto importante é que parte significativa dos trabalhadores do equipamento são servidores efetivos, concursados, mas, um número significativo está apto para a aposentadoria e tende a crescer outros vínculos trabalhistas, via terceirização. Nesse contexto, o que significa mesmo ser um serviço especializado? Conforme o documento da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Portaria MS nº 3.390, de 30/12/2013, em seu artigo 3º

“os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas e crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde”
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html , acessado em 08/05/2022

Considerando as classificações de Emerson Merhy (2002, p. 94, grifo do autor) a tecnologias duras parecem dispensáveis no HAA. As leves duras se existem são invisíveis, podendo ganhar destaque em saúde mental as tecnologias leves, construída “**no espaço relacional trabalhador-usuário** e que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato”. Explícita no vínculo, no acolhimento, nos relacionamentos engendrados no dia a dia assistencial que envolve gestos, palavras e atitudes.

Mas, como analisa Antunes (1991) e Cunha (2005) os hospitais modernos e contemporâneos se estruturam em torno da figura do paciente “sofredor resignado, manso, vítima, doente” (ANTUNES, 1991, p. 163) e no disciplinamento médico, que, a partir da intervenção em situações agudas, tende a limitar a cidadania, colocando-a em suspensão (CUNHA, 2005, p. 35).

Quais as repercussões disso, no risco de encolhimento da cidadania no contexto pós Lei 10.216/2001 (BRASIL, 2005, p. 17)?

3 | CONTRADIÇÕES EM TORNO DOS DIREITOS DA PESSOA COM TRANSTORNO MENTAL NA ATENÇÃO À CRISE

Como discute Ferigato, Campos e Balarin (2007) com base em Moebus e Fernandes a concepção de crise é reconfigurada na particularidade da práxis de cada serviço. Historicamente a emergência psiquiátrica está vinculada à agudização de sintomas psicopatológicos associados à crise psicótica, ao momento do surto e a tratamentos farmacológicos e segregadores. Ou seja, a crise psiquiátrica assumiu uma dimensão negativa, o que as autoras tentam questionar e ampliar o olhar. Com base em Dell’Aqua, as autoras exploram as “situações de crise” a partir de 5 parâmetros, exigindo a existência de pelo menos 3: “grave sintomatologia psiquiátrica; grave ruptura no plano familiar e/ou social; recusa do tratamento; recusa obstinada de contato e situações de alarme” (p.34) no contexto de vida e incapacidade pessoal de afrontá-las.

Mas, como avalia Zeferino (2015) o conceito de crise é polissêmico, o que no trabalho em equipe pode levar a tensionamentos a partir da concepção das diferentes profissões que a compõem, o que requer diálogos e alinhamentos conceituais e até atitudinais. Ressalta-se que, até mesmo dentro de uma mesma categoria profissional, pode não haver consenso conceitual em torno de um termo ou conduta, o que requer diálogos intra e interprofissões.

Logo, o cotidiano assistencial, espaço de permanência e mudanças nas relações sociais, revela as marcas pessoais construídas pelos diferentes profissionais que compõe a equipe multiprofissional. A ótica do Serviço Social tem por base os determinantes sociais do processo saúde doença, voltado para a garantia de direitos sociais

O plantão de urgência do HAA é composto basicamente pelo médico, o enfermeiro, a assistente social, técnicas de enfermagem, pessoal de apoio, seguranças, zeladores e

auxiliares gerais.

Cada profissão realiza seus procedimentos de maneira individualizada, com contatos pontuais, a partir de aspectos específicos trazidos por cada situação, havendo poucos momentos conjunto entre as 3 categorias.

O usuário do serviço chega de diferentes maneiras, sendo mais comum: ser mediado pela família, comumente um responsável familiar, voluntária ou involuntariamente. Trazido pela SAMU e polícia. Compulsoriamente, determinado pelo Juiz, muitas vezes com acompanhamento de policiais penais.

Às vezes chega sozinho buscando uma atenção episódica, para aliviar algum sintoma ou para tirar dúvidas. Nessas circunstâncias, no geral, não passa pelo Serviço Social, ficando mais restrito à ação médica e enfermagem.

Depois que é determinada uma internação, é que é orientado a ir para a sala do serviço social, que fica em frente à sala do médico, no hall de entrada do HAA, “na porta de entrada e saída” do equipamento.

Conforme a Lei 10.216/01 as internações são de 3 tipos: voluntária, aceita pela pessoa; involuntária, contra o desejo da pessoa com transtorno mental, e compulsória, determinada pelo Juiz (BRASIL, 2004).

Quando busca uma internação voluntária, o que é mais raro acontecer entre a população psiquiátrica em geral, mas, tem sido comum entre a população em situação de rua no período pós pandemia da COVID-19 e pós vacinação, supõe-se até pela crise dos serviços de abrigo desse segmento em Teresina, nem sempre a alta a pedido ou a alta médica é realizada de maneira consensual, haja vista o entendimento de alguns profissionais de que o “paciente psiquiátrico” tem que sair do serviço com um acompanhante, o que é improvável com esse segmento, exceto quando há mediação da equipe do Consultório na Rua. Atualmente no HAA, essas situações tem sido discutidas caso a caso com o diretor. O Serviço Social defende a criação de um protocolo para esse público, mas, postula que em situação de alta, deve sair desacompanhado.

Observam-se situações semelhantes em outros contextos. Batista, Zanella, Pessoa e Mota (2018, p. 276) ao analisar a alta a pedido a partir da realidade de uma maternidade no Ceará, sinalizam para a falta de consenso até mesmo em relação ao conceito, sendo utilizada “solicitação de alta hospitalar, “alta a pedido contra a indicação médica”, inclusive “desistência do tratamento”, como define a Portaria SAS nº 312/2002. Parece haver confusão entre alta a pedido e evasão, o que pode levar a equívocos. Entendem que o termo mais apropriado é “alta a pedido contra indicação do médico”. Mostram que em torno da alta a pedido pairam vários dilemas éticos e legais, preponderando os aspectos mais normativos, ou seja legais, na perspectiva de assegurar que, em caso de judicialização os profissionais não saiam prejudicados. Mas, discutem que tal modalidade de alta é um direito dos usuários do SUS, posto na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, no parágrafo 4º “é direito do usuário consentir ou recusar de forma livre, voluntária e esclarecida quaisquer

procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, após receber as devidas informações e o pleno esclarecimento, salvo se sua deliberação acarretar riscos à saúde pública” (IDEM, p. 278).

Parece que não há no HAA uma uniformização de conduta em relação a alta a pedido, nem da parte da categoria médica, nem entre as assistentes sociais.

Como visto, a cartilha do usuário do SUS, endossa os direitos dos usuários. Também o documento da organização das Nações Unidas, datado de 17 de dezembro de 1991, intitulado “A proteção de pessoas com problemas mentais e a melhoria da assistência à saúde mental” (VASCONCELOS, 1992, p. 120), caracteriza em seu princípio 11 o consentimento para o tratamento, que também no princípio 9 informa que, o “tratamento e o cuidado a cada usuário serão baseados em um plano prescrito individualmente, discutido com o usuário”. O Consentimento informado é definido como “o consentimento obtido livremente, sem ameaças ou persuasão indevida, após esclarecimento apropriado com as informações adequadas e inteligíveis, na forma e linguagem compreensíveis ao usuário” (IDEM, p. 121).

Com relação à alta da População em situação de rua, ora, se internou-se espontaneamente/voluntariamente; não tem familiar como responsável; está em condições de ter alta; não está interditado, a Constituição e o SUS asseguram o direito e o cuidar em liberdade. Importante analisar que concepção de direitos humanos está sendo postulado?

Então, uma das contradições gira em torno da população em situação de rua. Ora, se chegou ao serviço sem acompanhante e seu território é a rua, para onde endereça-la após a alta médica?

Uma outra exigência que tem sido comum em relação a população em situação de rua remete à exigência de documentação (cartão SUS, comprovante de endereço).

O parágrafo 1º do artigo 23 da Portaria 940/2011, informa que:

Durante o processo de cadastramento, o atendente solicitará o endereço do domicílio permanente do usuário, independentemente do Município em que esteja no momento do cadastramento ou do atendimento. § 1º Não estão incluídos na exigência disposta no caput os ciganos nômades e os moradores de rua. https://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html(acesso em 02/05/2022)

Logo, a população em situação de rua, deverá ser atendida sem documento e comprovante de endereço.

- Quando um usuário/paciente evade do serviço, contrariando a indicação médica. Não há um procedimento padrão, nem orientação específica. Parece haver expectativa de registro de Boletim de ocorrência pelo Serviço Social.

O princípio 8 do documento da Organização das Nações Unidas - ONU quando trata do padrão de assistência, em seu tópico 2. Estabelece que

Todo usuário será protegido de danos, inclusive medicação não justificada, de abusos por parte de outros usuários, equipe técnica, funcionários e outros,

de quaisquer outros atos que causem sofrimento mental ou desconforto físico (VASCONCELOS, 1992, p. 120).

As normas de segurança do paciente, da ANVISA, se orientam mais especificamente para as ações em hospital geral, mas, também ampara os “pacientes psiquiátricos”, podendo ser acionada para o diálogo institucional e pelas equipes plantonistas.

Como avalia Moura Fé (1998, p. 77) sobre o consentimento informado, deve se ter uma “preocupação básica de estabelecer procedimentos que respeitem os direitos dos pacientes quanto à sua autonomia, mas, que não descurem o dever de tratar as pessoas que necessitam claramente de cuidados médicos inadiáveis”

4 | CONCLUSÃO

Como visto, há falta de alinhamento conceitual e atitudinal em relação aos procedimentos e condutas a serem empreendidas pelos diferentes profissionais que integram a equipe do plantão do HAA, o que pode redundar em tensionamentos dentro da equipe e fragmentação assistencial, com riscos de danos para o usuário.

Assim, postula-se a necessidade de um alinhamento com os colegas de uma mesma profissão e entre as diferentes profissões. As diferenças de concepção e condutas são comuns, mas, tem que ser explicitadas, dialogadas e negociadas. Vale a pena debate-la, para o bem do usuário e do próprio serviço e da qualidade assistencial.

As melhorias assistenciais acontecem é no cotidiano e nas pequenas decisões, atitudes e gestos, requerendo, reuniões sistemáticas da equipe, grupos de estudo, atualização do regimento interno do HAA e disposição de cada um para participar.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro. SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

ANTUNES, J.L.F. **Hospital** – instituição e história social. São Paulo: Editora Letras & Letras, 1991.

BATISTA, L.L, *et al.* Alta a pedido: estudo sobre a percepção de pacientes e profissionais. **Revista Bioética**, vol. 26, nº 2, Brasília Abr./Jun.2018.

BRASIL. **Legislação em saúde mental** – 1990-2004. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CUNHA, G.T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

FÉ, I.M. Doença mental e autonomia. **Bioética**, 1998:6, 71-79.

FERIGATO, S.H.; CAMPOS, R.T.O.; BALLARIN, M.L.G.S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de psicologia** da UNESP, 6(1), 2007. 31-44.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1992.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise. **Memorandum**, 22, 2012, 138-164.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOURA, F.S.; SOUSA, K.C. **Movimento social em saúde mental no Piauí**: participação de usuários em um dispositivo associativo e suas ações empoderadoras. Teresina: UFPI/ Monografia Curso de Serviço Social, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para sua implementação: OPAS, 1990.

ROSA, L.C.S **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SEABRA, C.P.M.R.; ROSA, L.C.S. Atuação do Ministério Público em prol da qualidade da atenção à pessoa com transtorno mental no Piauí. **Revista da Corregedoria Nacional do Ministério Público - CNMP**. A atuação do MP brasileiro na área de evolução humana e qualidade de vida. Vol. VI, novembro 2018, p. 82-95.

ZEFERINO, M. T. **Crise e urgência em saúde mental**: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4ª ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015.

VASCONCELOS, E. M. **Do hospício à comunidade**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1992

WEBER, R. (Org.) **Painel Saúde Mental**: 20 anos da Lei 10.216/01/Desinstitute. Brasília: s.n., 2021.

ÍNDICE REMISSIVO

A

- Abordagens interdisciplinares 172
- Administración pública 73, 86, 89
- Agências reguladoras 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 134, 137, 138
- Agricultura familiar 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15
- Antropologia musical 174
- Avaliação de impacto 99, 100, 101, 102, 103, 105, 107, 110, 112, 115, 116

B

- Biblioteca pública 55, 56, 57, 58, 59, 60, 62, 63, 66, 70, 71, 72
- Biblioteconomia 46, 47, 61, 67, 71

C

- Centros de atenção psicossocial 38, 39
- Cliente 97, 98, 110, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171
- Comunidades rurais 18, 19, 20, 21, 23, 28, 29
- Conservação de documentos 46, 47, 53, 54
- Contexto social 59, 61, 100
- Convívio social 36
- Coronavírus 19 (Covid-19) 31, 34, 40, 42, 61

D

- Dimensões da realidade social 18
- Dinâmica rural brasileira 1, 2

E

- Educación superior 73, 74, 75, 78, 80, 84, 86, 87, 89
- Escala de maturidade 121, 122, 123, 124, 125, 126, 136, 137
- Estratégia de preservação 50
- Estudo de comunidades 55, 59, 60, 62, 172
- Eventos climáticos extremos 140, 143

G

- Gestão da vida 36

I

Iluminação 52

Impacto social 99, 100, 101, 102, 103, 105, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 118

Insegurança alimentar 31, 32, 33, 34, 143

Institución de educación superior 80

Isolamento social 36, 69

L

Litigância climática 139, 140, 141, 145, 151, 152, 153, 158, 160

M

Mapeamento sistemático 99, 100, 101, 104, 105, 114

Mudanças climáticas antropogênicas 140

O

Organização das Nações Unidas 31, 34, 43

Organização Mundial da Saúde 31, 36

P

Periodo acadêmico 75, 81, 82, 84

Política nacional de agricultura familiar 2, 3

Políticas públicas 1, 2, 3, 7, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 24, 26, 29, 30, 31, 33, 35, 113, 123, 129, 152, 158

Políticas públicas de desenvolvimento rural 1, 2, 7, 8, 14, 17

Produção agrícola 3, 31, 32, 34

Produção global 1

Produtores rurais 1

Projetos produtivos 18, 19, 20, 27

Puesto laboral 162

R

Reforma psiquiátrica 35, 37, 38, 39, 44

S

Segregação 36, 131

Sociedade sem manicômios 37

T




Trabajadores 162, 164, 165

As ciências sociais aplicadas e seu protagonismo no mundo contemporâneo 2

🌐 www.atenaeditora.com.br
✉ contato@atenaeditora.com.br
📷 @atenaeditora
📘 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



As ciências sociais aplicadas e seu protagonismo no mundo contemporâneo 2

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

