



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO MESTRADO EM PSIQUIATRIA SOCIAL E CULTURAL  
2014/2016

**HANA DAHER**

**LOUCOS DE RUA:  
O ABANDONO DE PESSOAS DE BAIXA RENDA COM  
TRANSTORNO MENTAL EM BRASÍLIA/BRASIL  
ESTUDO DE CASO UNAF/AREAL**

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:  
PROF. DOUTOR MANUEL JOÃO RODRIGUES QUARTILHO  
PROF. DOUTOR VÍTOR MANUEL OLIVEIRA RODRIGUES DOS SANTOS

Coimbra, julho / 2016

LOUCOS DE RUA: O ABANDONO DE PESSOAS DE BAIXA RENDA COM  
TRANSTORNO MENTAL EM BRASÍLIA/BRASIL  
ESTUDO DE CASO UNAF/AREAL

---

Hana Daher

Dissertação de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, realizada sob orientação do Professor Doutor Manuel João Rodrigues Quartilho e co-orientação do Professor Doutor Vítor Manuel Oliveira Rodrigues dos Santos

## **RESUMO**

A falência do sistema público de saúde brasileiro não é desconhecida, tão pouco atual. O presente estudo busca apresentar aspectos específicos de um público esquecido pela saúde pública brasileira. Pessoas que tem sua cidadania descartada, por serem pobres e sofrerem com transtornos psiquiátricos. Desde a reforma psiquiátrica, ocorrida em 2001, não há mais manicômios no Brasil. Essas estruturas deveriam ser supridas por serviços substitutivos, dentre eles as Residências Terapêuticas e pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, contudo, mais de 15 anos se passaram e a capital do Brasil conta somente com 13 CAPS e nenhuma unidade de Residência Terapêutica. Verifica-se, portanto, um grande número de pessoas com transtorno psiquiátrico em abrigos públicos ou filantrópicos. Pessoas sem identidade, sem nome, sem vida pregressa, com um comprometimento mental severo, devido a cronicidade e a falta de acompanhamento de sua doença. A pesquisa faz um estudo de caso, entre os anos 2013 e 2015, na Unidade de Acolhimento Institucional para Adultos e Famílias – UNAF Areal, Abrigo Institucional público, vinculada à política de Assistência Social, no Distrito Federal. Avalia-se o quantitativo de pessoas com transtorno mental encaminhadas para atendimento médico psiquiátrico. Pessoas com vínculos familiares extremamente fragilizados ou rompidos, sem possibilidade imediata de reintegração familiar, ou seja, dependentes do Estado.

**Palavras-chave:** Transtorno Mental, Cidadania e Abandono.

## **ABSTRACT**

The Brazilian public health system failure is not new or unknown. The present study aims to show specific aspects of a public forgotten by the Brazilian public health. People who have their citizenship discarded because they are poor and suffer from psychiatric disorders. Since the psychiatric reform, which took place in 2001, there are no more asylums in Brazil. These structures should be met by substitutes services, including the Therapeutic Residences and the Centres for Psychosocial Care, however, more than 15 years have passed and the capital of Brazil has only 13 of these Centres and no Therapeutic Residences. There are, therefore, a large number of people with psychiatric disorder in public or philanthropic shelters and on the streets. People with no identity, no name, no life history, with a severe mental compromising due to chronicity and the absence of accompaniment concerning of their disease. This research does a case study, between 2013 and 2015, at the Unidade de Acolhimento para Adultos e Família – UNAF / Areal, public shelter, linked to social assistance policy in Distrito Federal. Evaluates the amount of people with mental disorders forwarded to psychiatric medical assistance. People with extremely fragile or ruptured family ties, with no immediate possibility of family reintegration, thus government dependent.

**Keywords:** Mental Disorder, Citizenship and Abandonment.

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos Loucos, sim, aos Loucos!

Aqueles que souberam fugir da realidade quando ela se tornou insustentável.

Aqueles que construíram um mundo diferente aonde se sentiam felizes.

Aqueles que não se sujeitaram à uma verdade imposta, simplesmente para se adequarem ao que os outros entendem como normal.

Aqueles que sem querer estão a margem, mas tudo o que queriam era fazer parte.

Mas em especial àqueles que não sabiam que estavam fazendo tudo isso, que assustaram o mundo, mas não deixaram que o mundo os moldasse.

Poderíamos ser um pouco mais Loucos?

Hana Daher

## **AGRADECIMENTOS**

O espaço limitado desta seção de agradecimentos, seguramente, não me permite agradecer, como devia, a todas as pessoas que, ao longo do meu Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural me ajudaram, direta ou indiretamente, a cumprir os meus objetivos e a realizar mais esta etapa da minha formação académica. Desta forma, deixo apenas algumas palavras, poucas, mas um sentido e profundo sentimento de reconhecido agradecimento.

Ao Coordenador do Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural e meu orientador, Professor Doutor Manuel João Rodrigues Quartilho, agradeço a oportunidade e o privilégio que tive em frequentar este Mestrado que muito contribuiu para o enriquecimento da minha formação académica e científica.

Ao Professor Vítor Manuel Oliveira Rodrigues dos Santos, por me ter proporcionado as condições necessárias para a elaboração da minha Tese.

Ao Governo do Distrito Federal e a Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Distrito Federal, expresso o meu profundo agradecimento pelo apoio, ao me autorizar o afastamento laborativo para desenvolvimento desta pesquisa.

Às companheiras e aos companheiros de trabalho da Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias Areal, que desde o momento da minha aprovação no curso souberam que seria uma trajetória árdua, para mim e para elas que ficaram com o meu trabalho, mas que foram os meus pilares na construção de um projeto que intenta tornar o nosso trabalho mais humano e garantidor de direitos.

Àquela que foi pega de surpresa, com um pedido inusitado de socorro, nos momentos finais da Tese e que prontamente se colocou à disposição, sem pensar duas vezes, demonstrando que a nossa amizade é valorosa e significativa e que está sempre disponível para ajudar, Camila Gomes Fonte Bôa, meu sincero muito obrigada.

Aos amigos José Carlos Pereira, Rafael Alvarenga dos Santos e Marcela Alcântara Nomam, o meu sincero agradecimento pela paciência, disponibilidade e compreensão durante todo o processo de elaboração deste projeto. Mais do que isso, meu muito obrigada pelas orientações e apoio, pela

sincera amizade e pela total disponibilidade que sempre revelaram para comigo. O vosso apoio foi determinante para a conclusão desta Tese.

Às minhas amadas meninas Luana Daher Lopes, Pâmela Gurgel Valente e Kézia Ferreira do Espírito Santo Maciel; irmã, prima e afilhada; sem a parceria de cada uma de vocês eu não teria dado os passos que dei, vocês compreenderam o quanto era importante para mim este trabalho, mesmo quando nem eu mesma tinha percebido isso.

Ao Marco Guyard Miranda, que não foi só um amigo, foi e é minha consciência, que durante todos os dias de construção deste trabalho soube o que me dizer, esteve presente, mesmo com um oceano de distância, para falar exatamente o que eu precisava ouvir, além de ter me resgatado dos inúmeros momentos em que eu me senti perdida, dizer obrigado a ele não seria suficiente, mas minha eterna gratidão será.

Aos meus amigos e colegas, que não menciono o nome, mas que sabem quem são, amigos que estiveram ao meu lado durante esta fase, pelo companheirismo, força e apoio em certos momentos difíceis.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disso seria possível, dirijo um agradecimento especial aos meus pais, Arnaldo e Claudia, por serem modelos de coragem, pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência demonstrados e total ajuda na superação dos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo.

A todos vocês, dedico este trabalho!

## **Lista de abreviaturas**

Ações Integradas de Saúde – AIS  
Acre – AC  
Alagoas – AL  
Amapá – AP  
Amazonas – AM  
Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT  
Autorização de Internação Hospitalar – AIH  
Bahia – BA  
Cadastro de Pessoas Físicas – CPF  
Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES  
Câmara Legislativa do Distrito Federal – CLDF  
Carteira Nacional de Habilitação – CNH  
Ceará – CE  
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS  
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad  
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infantil – CAPSadi  
Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi  
Centro de Referência de Assistência Social – CRAS  
Centro de Referência em Saúde Mental – CERSAM  
Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua –  
Centro Pop  
Centro de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS  
Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS/DF  
Companhia de Desenvolvimento do Planalto – Codeplan  
Conselho Federal de Psicologia – CFP  
Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS  
Conselho Nacional de Saúde – CNS  
Conselho Regional de Medicina – CRM  
Conselho Regional de Psicologia – CRP  
Conselho Regional de Psicologia – CRP  
Coordenação de Saúde Mental – Cosam  
Coordenação Geral de Saúde Mental Álcool e outras Drogas – CGMAD  
Coordenadoria de Saúde Mental – Cosam  
Diretoria de Saúde Mental – DISAM  
Distrito Federal – DF  
Espírito Santo – ES  
Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal – FSMDF  
Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF  
Gabinete Ministerial – GM  
Goiás – GO  
Governo do Distrito Federal – GDF



Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF  
Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico – HPAP  
Hospital São Vicente de Paulo – HSVP  
Hospital Universitário de Brasília – HUB  
I Conferência de Saúde Mental do Distrito Federal – I CSMDF  
I Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal – I FSMDF  
II Conferência Nacional de Saúde Mental – II CNSM  
II Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal – II FSMDF  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE  
Instituto de Saúde Mental – ISM  
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS  
Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS  
Lei Orgânica do Distrito Federal – LODF  
Maranhão – MA  
Mato Grosso – MT  
Mato Grosso do Sul – MS  
Minas Gerais – MG  
Ministério da Saúde – MS  
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS  
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS  
Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT  
Núcleo de Acompanhamento Avaliação e Supervisão dos Serviços de Saúde – NAASS  
Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS  
Núcleo Técnico-Normativo – NTN  
Ordem dos Advogados do Brasil/DF – OAB/DF  
Organização Mundial de Saúde – OMS  
Organização Não Governamental – ONG  
Pará – PA  
Paraíba – PB  
Paraná – PR  
Passe Livre Federal – PLF  
Pernambuco – PE  
Piauí – PI  
Plano do Conselho Nacional de Saúde Previdenciária – Conasp  
Plano Individual de Atendimento – PIA  
Programa de Volta para Casa – PVC  
Programa Saúde da Família – PSF  
Proteção Social Especial de Alta Complexidade – PSE/AC  
Região Administrativa – RA  
Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno – RIDE  
Registro Geral – RG  
Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME

Rio de Janeiro – RJ  
Rio Grande do Norte – RN  
Rio Grande do Sul – RS  
Rondônia – RO  
Roraima – RR  
Santa Catarina – SC  
São Paulo – SP  
Secretaria de Atenção à Saúde – SAS  
Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF  
Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres,  
Igualdade Racial e Direitos Humanos do Distrito Federal – SEDESTMIDH  
Sergipe – SE  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU  
Serviço Residencial Terapêutico – SRT  
Sistema Único de Assistência Social – SUAS  
Sistema Único de Saúde – SUS  
Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS  
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE  
Tocantins – TO  
Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias – UNAF/Areal  
Unidade de Acolhimento para Idosos – UNAI  
Unidade de Acolhimento para Mulheres – UNAM  
Unidade Federativa – UF

## Sumário

	Página
Resumo .....	iii
Abstract .....	iv
Dedicatória .....	v
Agradecimentos .....	vi
Lista de Abreviaturas .....	viii
Introdução .....	01
Capítulo I	
1. Psiquiatria no Distrito Federal: Histórias de sua construção .....	05
1.1. Distrito Federal: particularidades e dinâmicas .....	05
1.2. A Saúde no Distrito Federal: breve histórico .....	07
1.3. Política de Saúde Mental no Distrito Federal após a Constituição Federal de 1988: entre a intenção e a realidade .....	10
1.4. O desenvolvimento da saúde mental no Brasil: a legislação do Distrito Federal e seu descompasso .....	17
Capítulo II	
2. Conceitos fundamentais .....	30
2.1. Saúde .....	30
2.2. Assistência Social .....	32
2.3. Cidadania .....	36
Capítulo III	
3. Funcionamento das políticas públicas de Saúde e de Assistência Social no Brasil: da Norma à implementação .....	39
3.1. Orientações dos serviços: os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS .....	39
3.2. Orientações dos serviços: o Serviço Residencial Terapêutico – SRT .....	45
3.3. Organização dos Serviços de Acolhimento Institucional: A letra da Lei – normas e regulamentações .....	51
3.4. A experiência do Distrito Federal: O acolhimento institucional .....	55
Capítulo IV	
4. Estudo de Caso – UNAF/Areal .....	64
4.1. O Problema do Abandono da Pessoa com Transtorno Mental .....	64
4.2. Dados do Acolhimento Institucional na UNAF/Areal .....	65
4.3. UNAF/Areal – Encaminhamentos para atendimento psiquiátrico .....	67
4.4. Entrevistas – A visão dos Especialistas em Saúde e em Assistência Social .....	77
Considerações Finais .....	91
Referências Bibliográficas .....	95
Anexos	
Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	xiii

Anexo 2: Guião da Entrevista – Saúde .....	xxii
Anexo 3: Guião da Entrevista – Assistência Social .....	xxv
Anexo 4: Memorando 139/2019 – CPSE .....	xxviii
Anexo 5: Manual do Acolhido UNAF/Areal – versão preliminar .....	xxix

## INTRODUÇÃO

O foco do presente trabalho está na compreensão do processo de acolhida das pessoas com Transtorno Mental no Distrito Federal – DF, capital brasileira. Pessoas essas que dependem de um suporte estatal, por estar com os vínculos familiares e comunitários fragilizados ou rompidos em decorrência de um longo período de internação em manicômios ou algum outro tipo de instituição asilar.

A capital do Brasil é uma cidade relativamente nova, construída e planejada para tornar-se o centro da gestão dos poderes executivo, legislativo e judiciário de um país de proporções continentais. Inaugurada em 21 de abril de 1960, com uma previsão populacional que não ultrapassaria 600 mil habitantes ao longo de sua história, teria um controle sobre a oferta dos serviços públicos, com base nessa população. Contudo, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, indicam que é a cidade que mais cresceu, proporcionalmente, em número de habitantes, nos últimos anos e, atualmente, possui uma população estimada de quase 3 milhões de habitantes (BRASIL: IBGE, 2014).

Fato que compromete todo o desenvolvimento e gestão dos serviços público da cidade, dentre eles, aqueles que são o mote dessa investigação, os Serviços Residenciais Terapêuticos, da política pública de saúde e o Serviço do Acolhimento Institucional, da política pública de assistência social.

O trabalho busca realizar um remonte, breve, da significação política da construção do cenário de garantia de direitos que foi idealizado no Brasil, por meio da promulgação da Constituição Federal de 1988, em que a Saúde passa a ser assegurada, na forma da lei, como:

direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Devendo ser desenvolvida por meio do Sistema Único de Saúde – SUS, de forma descentralizada, para compreender as demandas particulares de cada estado ou município do Brasil; buscando assegurar um atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e com a participação da comunidade para o controle social.

Quanto a política pública de assistência social a Constituição Federal assegura que:

será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; I

V - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (*idem*)

Nesse ínterim, faz-se um recorte para o público em questão, pessoas que, após a reforma psiquiátrica, tornam-se demandatárias de uma atenção especial dessas duas políticas públicas, quando não dispõe de uma autonomia que possibilite uma vida independente.

Retoma-se, portanto o Movimento da Reforma Psiquiátrica, que se inicia em 1970, trouxe em sua base muito mais do que uma mudança de assistência às com transtornos mentais; implicou numa mudança de atitudes frente à concepção do sentido de loucura, construindo um novo olhar em relação a essas pessoas. Este Movimento tinha como propostas a inversão do modelo hospitalocêntrico, ancorado na clínica centrada no olhar do médico, para o

modelo de rede de base psicossocial e comunitária e o surgimento de uma nova clínica, de uma forma ampliada. Apresenta como eixos norteadores: a inclusão social, a autonomia e o protagonismo social.

Nos dias atuais esse Movimento enfrenta diretamente os desafios da inclusão social. Os serviços estão colocados no *front* da batalha da inclusão, num país em que as desigualdades estruturais assumem os paroxismos da violência, abandono, estigma, institucionalização perversa (DELGADO, 2007). Apesar de trazer uma perspectiva em que o utente está fora dos manicômios, isso não se efetiva plenamente para todos. Aqueles indivíduos longamente institucionalizados, que não dispõem de documentação para identificá-los e referenciá-los de volta os vínculos familiares, ou ainda aqueles para quem esses vínculos estão fragilizados de uma forma que impede a reintegração ao núcleo familiar. Esses indivíduos deveriam ser assistidos pelo Serviço Residência Terapêutico – SRT.

Os SRT são casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidado das pessoas com transtornos psiquiátrico, que tem como propósito a progressiva inclusão social de moradores, respeitando sua singularidade e contando com o suporte de uma equipa multiprofissional, cujo objetivo é acompanhar as pessoas e ajudá-las a construir autonomia e independência adequadas às suas necessidades; bem como no desenvolvimento de projetos terapêuticos individualizados (BRASIL, 2004c).

Contudo, o Distrito Federal não dispõe desse serviço e tem-se como hipótese que as pessoas que deveriam usufruir, se não estiverem em desabrigo, estão nos Serviços de Acolhimento Institucional, vinculados à

política pública de Assistência Social, à margem de uma atenção de saúde que lhes é devida na capital do país.



## Capítulo 1

### 1. Psiquiatria no Distrito Federal: Histórias de sua construção

#### 1.1. Distrito Federal: particularidades e dinâmicas

Em 21 de abril de 1960 foi fundada a nova capital da República Federativa do Brasil, cidade planejada e construída como sede do poder de uma colossal nação. Assim, o Distrito Federal<sup>1</sup> – DF, assume frente àquela pátria a responsabilidade de governar para si e para o país em sua totalidade. Todo trabalho de relevância científica que tenha como escopo essa nova unidade da federação brasileira deve levar em conta a sua idade, seu tempo e a construção de sua história, na tentativa de decifrar como se deu a progressão de seu planejamento e de seu desenvolvimento.

Outro fator relevante de análise é o formato político-institucional que define a Lei Orgânica do Distrito Federal – LODF, a qual não prevê a existência de municípios e, portanto, de prefeituras – não sendo a sua gestão designada por processo eleitoral. Consideramos, portanto, que essa delimitação se encontra na contra-mão do processo democrático, uma vez que as 31 Regiões Administrativas<sup>2</sup> – RAs que, atualmente, compõe a capital federal brasileira, têm como administradores, pessoas indicadas pelo Governo do Distrito Federal

---

<sup>1</sup> Em vários momentos o Distrito Federal é tratado por Brasília, contudo é uma associação equivocada uma vez que Brasília é apenas uma das 31 Regiões Administrativas que compõem o DF, contudo não faremos essa correção ao longo do texto da presente dissertação, quando um autor se referir ao DF por Brasília, será mantida a colocação do autor, como sinónimos. Há também autores que tratam Brasília, a região administrativa, por Plano Piloto, em associação ao planejamento da Capital Federal, nesses casos, também será mantida a correlação sinónmia.

<sup>2</sup> Atualmente são reconhecidas pelo Governo do Distrito Federal 31 Regiões Administrativas (RA), a saber – RA I: Brasília; RA II: Gama; RA III: Taguatinga; RA IV: Brazlândia; RA V: Sobradinho; RA VI: Planaltina; RA VII: Paranoá; RA VIII: Núcleo Bandeirante; RA IX: Ceilândia; RA X: Guará; RA XI: Cruzeiro; RA XII: Samambaia; RA XIII: Santa Maria; RA XIV: São Sebastião; RA XV: Recanto das Emas; RA XVI: Lago Sul; RA XVII: Riacho Fundo; RA XVIII: Lago Norte; RA XIX: Candangolândia; RA XX: Águas Claras; RA XXI: Riacho Fundo II; RA XXII: Sudoeste/Octogonal; RA XXIII: Varjão; RA XXIV: Park Way; RA XXV: SCIA; RA XXVI: Sobradinho II; RA XXVII: Jardim Botânico; RA XXVIII: Itapoã; RA XXIX: SIA; RA XXX: Vicente Pires; RA XXXI: Fercal.

– GDF. Esses administradores encontram-se desapoderados quanto à execução orçamentaria da região que administram e, conseqüentemente, sem poder de gerência para o atendimento das demandas apresentadas pelas comunidades.

A LODF apregoa, em seu artigo 14<sup>o</sup>, que: “ao Distrito Federal são atribuídas as competências legislativas reservadas aos Estados e Municípios, cabendo-lhe exercer, em seu território, todas as competências que não lhe sejam vedadas pela Constituição Federal” (1993). Artigo esse embasado na letra da Carta Magna brasileira, promulgada em 05 de outubro de 1988, que em seu artigo 32<sup>o</sup>, afirma que o DF não pode ser dividido em municípios. Percebe-se, portanto, que o DF assume, ao mesmo tempo, os papéis de município e de estado em suas funções executivas, legislativas e judiciárias.

Holston (1993) elucida que em nenhum momento do planejamento do DF estava prevista uma população que ultrapassasse os 557 mil habitantes e “Nenhum dos idealizadores de Brasília previu a existência das cidades satélites” (DISTRITO FEDERAL, 2010a). Assim, as funções de estado e município não configurariam empecilho para a realização da política necessária para o povo. No entanto, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRASIL: IBGE, 2014), a população estimada para 2016 ultrapassa os dois milhões e novecentos e cinquenta mil habitantes.

Sobre a forma como o Distrito Federal foi ocupado, Holston, num estudo antropológico apresentado à Universidade de Chicago, afirma que:

Em 1980, o Plano Piloto continha menos da metade de sua população planejada de 557 mil habitantes. [...] o Plano Piloto ficou ocupado apenas pela metade, e [...] ao mesmo tempo continha apenas um quarto da população do Distrito Federal. Esta distribuição é uma amostra chocante da tese [...] de que o desenvolvimento social e espacial de Brasília segue as conseqüências lógicas de sua incorporação diferenciada, já que sugere que a relação entre

centro e periferia perpetua a política de exclusão sobre a qual foi fundada. O objetivo inicial desta política era manter a capital como um centro burocrático livre das desordens sociais que assolam outras cidades brasileiras. Entretanto, esta política exigiu instrumentos de planificação que eram constitutivos dessas desordens e que, assim, reproduziram-nas na capital. Desse modo, para preservar um Plano Piloto intacto, o governo criou uma ordem social dual entre os migrantes, regulando o acesso à residência. Como resultado, uma periferia pobre de cidades-satélites foi povoada pelos excluídos do centro, enquanto o centro privilegiado continuou apenas parcialmente construído e ocupado. (HOLSTON, 1993: 290-291)

Logo, a realidade das chamadas cidades-satélites<sup>3</sup> e do entorno<sup>4</sup> (que compreende 20 municípios próximos ao Distrito Federal), não citado por Holston (1993), é um aspecto que não pode ser ignorado na análise de qualquer política pública nesta unidade da Federação. Outro ponto que não pode ser negligenciado são as consequências dessa formação territorial diferenciada na execução de práticas de saúde segundo os princípios do Sistema Único de Saúde – SUS: integralidade, universalidade, equidade, descentralização, regionalização e hierarquização; e respeitando a participação social democrática.

### **1.2.A Saúde no Distrito Federal: breve histórico**

Segundo Lima (2002), o sistema de saúde do Distrito Federal foi proposto, em 1959, pelo médico Henrique Bandeira de Melo. Com os princípios de hierarquização, regionalização, descentralização e comando único no âmbito governamental, o Plano Geral da Rede Médico-Hospitalar de Brasília foi responsável pela criação da Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF, em junho de 1960, sendo subordinada à Secretaria de Estado de Saúde do

---

<sup>3</sup> Cidades-satélites é o nome dado às demais Regiões Administrativas do Distrito Federal, que não Brasília.

<sup>4</sup> O entorno do Distrito Federal (DF) é uma microregião formada por 20 municípios do estado do Goiás (GO) que são considerados dependentes do Distrito Federal, economicamente e no tocante ao acesso às políticas públicas. Segundo o Censo do IBGE, a sua população em 2010 é de 1.015.010 habitantes.

Distrito Federal – SES/DF. Na época, já havia sido criado o então Hospital São Vicente de Paulo – HSVP, que atuava como hospital geral; posteriormente, em 1976, tornou-se uma unidade exclusiva para atendimento psiquiátrico, tendo o seu nome mudado para Hospital de Pronto Atendimento Psiquiátrico – HPAP (DISTRITO FEDERAL, 2006).

Complementarmente Lima indica-nos que, apesar da existência da Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF, até o fim da década de 1960, co-existiam diversas instituições prestadoras de serviços de saúde na esfera do poder militar, civil e das organizações privadas, nenhuma delas subordinadas ao comando único dessa Fundação. Um “diagnóstico do setor saúde do DF” foi realizado pela Companhia de Desenvolvimento do Planalto – Codeplan e pela SES/DF, em 1969. Nesse estudo, verificou-se a insuficiência de recursos humanos capacitados para a realização de atividades de planejamento e execução dos serviços em saúde; percebeu-se também que quase todos os médicos faziam dupla ou tripla jornadas de trabalho; além da inexistência de integração entre a SES/DF e a FHDF, predominando o atendimento médico-hospitalar, em detrimento da atenção integral (LIMA, 2002).

Em 1979, ou seja, dez anos após o diagnóstico supracitado, a estrutura pouco se modificou, foram criados apenas o Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, outros seis hospitais regionais e cinco centros de saúde. A SES/DF elabora, ainda em 1979, sob ótica das definições da Conferência de Alma-Ata<sup>5</sup>, da VII Conferência Nacional de Saúde e do Plano do Conselho Nacional de Saúde Previdenciária – Conasp, o “Plano de Assistência à Saúde do Distrito Federal” e o documento “Atenção Primária à Saúde do Distrito

---

<sup>5</sup> Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, União Soviética, 1978.

Federal”. Esses documentos apoiavam-se no tripé “regionalização, hierarquização da rede e extensão de cobertura” (*idem*: 59).

No mesmo ano foi criada a Comissão Assessora de Saúde Mental, composta por médicos psiquiatras, que tinha por missão elaborar um projeto de reorganização da assistência psiquiátrica no DF, no qual dever-se-ia contemplar os princípios de descentralização e hierarquização, já constantes nas diretrizes políticas de saúde vigentes.

Em 1985, foi constituída a Comissão Interinstitucional de Saúde – CIS/DF, com o intuito de coordenar e gerir o Programa das Ações Integradas de Saúde – AIS. Esse ato fez parte da proposta de criação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde – SUDS, “que reconhecia a saúde como direito de todos e dever do Estado e a necessidade na reordenação do sistema de prestação de serviço de saúde” (*ibidem*: 61). Lima critica o fato de a CIS/DF ter discutido uma nova política sem definir bases operacionais para implantação das mudanças pretendidas pelo SUDS.

As normas para instalação do SUDS foram definidas pelo Decreto n.º11.596, de 23 de maio de 1989. Somente em 1990, portanto, o DF começou a unificar o sistema de saúde, ao anexar a rede previdenciária à FHDF e ao transformar o Hospital do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS no Hospital Universitário de Brasília – HUB.

Segundo Lima (*ibidem*), a implantação e a manutenção do Sistema Único de Saúde no Distrito Federal somente se iniciam com um projeto, que dura de 1995 a 1998 – período em que as ações locais buscaram pautar-se nas resoluções da III Conferência de Saúde do Distrito Federal. Assegurava-se, nesse projeto, a criação dos Conselhos de Saúde e a construção de uma nova

estrutura administrativa e de gestão para implementação da reforma sanitária e para que a SES/DF cumprisse o seu papel de gestora. O documento “Reformulação do modelo de atenção à saúde no Distrito Federal” apresentava as diretrizes de tal projeto, ações estratégicas para a implementação de um Sistema Único de Saúde no Distrito Federal que incluía a reforma psiquiátrica.

### **1.3. Política de Saúde Mental no Distrito Federal após a Constituição Federal de 1988: entre a intenção e a realidade**

Para compreender a dissonância entre os textos normativos e a realidade aplicada faz-se necessária a análise crítica de uma série de documentos oficiais referentes à política de saúde mental do Distrito Federal.

A modificação da atenção à saúde mental passa a estar presente em documentos oficiais a partir da década de 1990, época em que foi promulgada a Lei Orgânica do Distrito Federal – LODF. A LODF traz, no seu artigo 211º, o dever do Distrito Federal com as pessoas com transtorno mental, nas seguintes palavras:

Art. 211. É dever do Poder Público promover e restaurar a saúde psíquica do indivíduo, baseado no rigoroso respeito aos direitos humanos e à cidadania, mediante serviços de saúde preventivos, curativos e extra-hospitalares.

§ 1º Fica vedado o uso de celas-fortes e outros procedimentos violentos e desumanos ao doente mental.

§ 2º A internação psiquiátrica compulsória, realizada pela equipe de saúde mental das emergências psiquiátricas como último recurso, deverá ser comunicada aos familiares e à Defensoria Pública.

§ 3º Serão substituídos, gradativamente, os leitos psiquiátricos manicomiais por recursos alternativos como a unidade psiquiátrica em hospital geral, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, lares abrigados, cooperativas e atendimentos ambulatoriais.

§ 4º As emergências psiquiátricas deverão obrigatoriamente compor as emergências dos hospitais gerais.

Nos anos 1990, algumas iniciativas populares provocaram o debate acerca da modificação do modelo de atenção à saúde mental no Distrito Federal, impulsionadas pela discussão iniciada na América Latina após a

Conferência de Caracas<sup>6</sup>. Brasília abriga a II Conferência Nacional de Saúde Mental – II CNSM em 1992. E em 1994 é divulgado o Plano Diretor de Saúde Mental, elaborado pela Fundação Hospitalar do DF.

Em maio de 1995, realiza-se o I Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal – I FSMDF, que teve a participação de cerca de quinhentas pessoas, entre profissionais da saúde, utentes dos serviços e/ou seus familiares e representantes de instituições relacionadas à Saúde Mental. Nesse Fórum, são criadas propostas à política de saúde mental, a partir de grupos temáticos que abordaram: 1) deficiência mental; 2) dependências químicas; 3) saúde mental do presidiário; 4) saúde mental da criança e do adolescente; 5) estruturas de assistência à saúde mental; 6) estruturas de reabilitação e integração sociais; 7) saúde mental nas ações básicas de saúde; 8) saúde mental do trabalhador. Busca-se, segundo o relatório final do Fórum, rever o “modelo hospitalocêntrico de assistência ao portador de transtornos mentais” (DISTRITO FEDERAL: I FSMDF, 1995a: 4).

Esse Fórum traz a proposta de uma rede diversificada de serviços em saúde mental composta por:

- i. unidade de psiquiatria em hospital geral, com emergência psiquiátrica e internações de até quinze dias;
- ii. Centro de Atenção Psicossocial – CAPS;
- iii. Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS;
- iv. Hospital-dia;
- v. Lares comunitários, que constituem residências comuns, na comunidade, para reabilitação de pacientes crônicos ou em processo de cronificação, sem suporte sociofamiliar básico e em condições de convivência familiar;
- vi. Chácara protegida, descritas como um serviço de reabilitação destinado a abrigar pessoas portadoras de transtornos mentais com necessidades contínuas, privadas de convivência familiar e com identidade com o meio rural;
- vii. Centro de convivência. (*idem*)

---

<sup>6</sup> No final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, também conhecida como a Conferência de Caracas de 1990, é criado um documento com propostas sobre a reforma da assistência em saúde mental nas Américas.

Além dessa, outras propostas e recomendações foram desenvolvidas pelos grupos e foi eleito o primeiro coordenador de saúde mental do DF (LIMA, 2002).

Antes mesmo do I FSMDF, a então Coordenação de Psiquiatria e Saúde Mental pensava a reformulação do atendimento, dentro das limitações estruturais e paradigmáticas daquele momento. Assim, o relatório das atividades desenvolvidas pela coordenação entre 1991 e 1994 apresenta alguns aspectos que merecem destaque, como a elaboração de propostas para a criação de um Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS num centro de saúde e a idealização de um Modelo de Atenção à Saúde Mental à Criança e ao Adolescente. Também é enfatizada no documento a dificuldade enfrentada pela SES/DF em relação ao aumento dos internamentos em psiquiatria após o encerramento das atividades da Clínica São Miguel, situada no entorno do DF em Luziânia, que recebia utentes do DF.

Em 07 de julho de 1995, foi criada a Coordenação de Saúde Mental – Cosam, pela publicação da Portaria nº 15, de 06 de junho daquele ano. Segundo o relatório referente à atuação da Cosam entre os anos de 1995 e 1998, a coordenação foi regulamentada e vinculada diretamente ao Gabinete da SES/DF, com o objetivo de implementar a reforma psiquiátrica na Capital Federal. Ainda em 1995, no mês de dezembro, sob a influência do fórum e da coordenação, foi promulgada a Lei Distrital n.º 975/95, que apresenta diretrizes para a atenção à saúde mental.

Com sete artigos, a referida Lei inicia-se com a consideração de que os beneficiários dos serviços de saúde mental terão os seus direitos de cidadania respeitados. Enfatiza, no artigo 1º, tratamento humanitário e respeitoso;



proteção contra exploração; a existência de espaço próprio com recursos terapêuticos, em que possam exercer sua liberdade e individualidade; integração à sociedade; acesso ao registo de informações a seu respeito, bem como sobre o seu tratamento. O artigo 2º aborda o internamento voluntário e as medidas a serem tomadas quando de sua ocorrência. O texto do artigo 3º explicita as intenções de modificação do modelo de assistência em saúde mental:

Art. 3º A assistência ao usuário dos serviços de saúde mental será orientada no sentido de uma redução progressiva da utilização de leitos psiquiátricos em clínicas e hospitais especializados, mediante o redirecionamento de recursos, para concomitante desenvolvimento de outras modalidades médico-assistenciais, garantindo-se os princípios de integralidade, descentralização e participação comunitária. (DISTRITO FEDERAL, 1995b)

A legislação não sugere desassistência. Ao contrário, tenta garantir a criação de serviços substitutivos antes da desativação de leitos psiquiátricos, o que deveria acontecer gradativamente. O parágrafo 2º do artigo 3º estabelece o prazo de quatro anos para a extinção de hospitais e clínicas especializadas em psiquiatria, a contar da promulgação da Lei. O parágrafo 1º lista o que se consideravam serviços alternativos:

- i. atendimento ambulatorial;
- ii. emergência psiquiátrica em pronto-socorro geral;
- iii. leitos psiquiátricos em hospital geral;
- iv. hospital-dia;
- v. hospital-noite;
- vi. núcleos e centros de atenção psicossocial;
- vii. centro de convivência;
- viii. atelier terapêutico;
- ix. oficina protegida;
- x. pensão protegida;
- xi. lares abrigados. (*idem*)

A referida Lei também proíbe que o governo de contratar novos leitos psiquiátricos em instituições privadas e de conceder autorização para a construção e o funcionamento de novas clínicas e hospitais especializados na área; aborda a chamada psicocirurgia, a qual só pode ser realizada mediante

consentimento do utente ou de seu representante legal, após junta médica que ateste tratar-se da melhor opção para o tratamento de saúde mental, que deve ser requerida ao Conselho Regional de Medicina – CRM; exige que a Secretaria de Saúde apresente ao Conselho de Saúde o Plano de Atenção à Saúde Mental do DF e o cronograma de implantação em até 120 dias, a contar da publicação da Lei.

O plano em questão foi apresentado e aprovado no I FSMDF e na III Conferência de Saúde do DF, com a previsão da política de saúde mental no quadriênio entre 1995-1998. A recém-criada Coordenação de Saúde Mental organizou-se em três divisões: 1) Câmara Técnica; 2) Comissão de Supervisão, Avaliação e Controle; e 3) Colegiado de Saúde Mental, composto por diretores de unidades de atenção à saúde mental e pelo coordenador. (DISTRITO FEDERAL, 1998).

Esse Plano Diretor previa a implantação da reforma psiquiátrica, segundo os seguintes eixos: 1) prevenção e promoção; 2) reabilitação e integração social; 3) rede diversificada e regionalizada de serviços; 4) capacitação e ensino; 5) supervisão, monitorização, avaliação e pesquisa nas áreas de serviços e recursos humanos; 6) comunidade e saúde mental; 7) políticas sociais e interfaces de saúde mental. (*idem*)

Pretendia-se a criação de 19 Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, 2 hospitais-dia, 5 centros de convivência, 5 lares abrigados (ou pensões protegidas), equipamentos que seriam divididos entre as regiões administrativas do Distrito Federal com o intuito de aproximação dos serviços à população demandatária. Também estava prevista a implementação de

ambulatórios de saúde mental em hospitais gerais, assim como um suporte em saúde mental nos centros de saúde.

O relatório da Cosam de 1998 apresenta as mudanças no sistema de atendimento no quadriênio em questão, em que se destaca:

1. Criação de equipes multiprofissionais de saúde mental em hospitais gerais;
2. Implantação de um CAPS no Instituto de Saúde Mental – ISM;
3. Transformação do ambulatório do Hospital São Vicente de Paulo – HSVP em CAPS;
4. Implantação, no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica – Compp, de dois CAPS, sendo um infantil e outro para adolescentes;
5. Implantação do Núcleo de Atenção à Droga Dependência e do Serviço de Neurofisiologia Clínica;
6. Criação do Serviço de Saúde Mental Infantil do Hospital Materno Infantil de Brasília;
7. Criação de um centro de convivência no Guará II;
8. Construção de uma pensão protegida e de instalações para abrigar o Núcleo de Desinstitucionalização, na área do Instituto de Saúde Mental – ISM;
9. Elaboração de um projeto “para a criação do Lar Abrigado Fênix, destinado a receber egressos da Ala de Tratamento Psiquiátrico do Complexo Penitenciário da Papuda<sup>7</sup>, que tiveram as suas medidas

---

<sup>7</sup> O Complexo Penitenciário da Papuda é um complexo formado por 5 presídios masculinos, situado na região administrativa de São Sebastião, no Distrito Federal.

de segurança de internamento convertidas em tratamento de ambulatório, mas que não tem vínculos sócio-familiares” (*idem*: 9)

Em 1997, conforme deliberação de 1995, foi realizado o II Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal – II FSMDF. Nesse fórum, foi denunciado o fato de que a Coordenadoria de Saúde Mental – Cosam, mesmo tendo uma Portaria regulamentar, não fazia parte do organograma da SES/DF e não dispunha de servidores próprios, com isso todo o trabalho era realizado por profissionais cedidos, em período parcial, pelas unidades de saúde às quais estavam vinculados.

Os objetivos do II FSMDF consistiam em avaliar as estratégias da implantação da reforma psiquiátrica e corrigir possíveis equívocos na implementação do Plano Diretor, definindo ações para os dois anos subsequentes.

No Fórum, foi utilizado um aparato instrumental complexo para avaliar as ações no campo da saúde mental e elaborar propostas exequíveis, composto de diversas tabelas e quadros com gradações e nivelamentos, analisando, inclusive, as próprias propostas.

Em 1998, a Cosam e o Movimento Pró-Saúde Mental do DF organizaram em Brasília o I Encontro Nacional de Serviços Substitutivos de Saúde Mental (LIMA, 2002), em que foram apresentadas propostas e experiências exitosas de caráter substitutivo no país. Tal iniciativa funcionou como uma demonstração nacional de que havia alternativas aos manicômios.

No ano 2000, a reforma administrativa da SES/DF, que culminou na extinção da Fundação Hospitalar do Distrito Federal – FHDF, levou também a um retrocesso em termos de democracia no âmbito da saúde mental, uma vez

que o coordenador de saúde mental passou a ser indicado pela SES/DF e não mais eleito no FSMDF (*idem*).

#### **1.4.O desenvolvimento da saúde mental no Brasil: a legislação do Distrito Federal e seu descompasso**

A I Conferência de Saúde Mental do Distrito Federal – I CSMDF foi convocada em setembro de 2001 pela Portaria nº 53 da SES/DF, seguindo orientações do Ministério da Saúde, com o tema central “Reorientação do Modelo Assistencial: cuidar sim, excluir não”. Considerando as diversas realidades do DF, cabe informar que a conferência foi precedida de discussões com *status* de conferências locais nas Regiões Administrativas, mas somente naquelas que possuíam uma Diretoria Regional de Saúde instalada em seu território. Ou seja, diversas Regiões Administrativas, mesmo que possuíssem equipamentos públicos de saúde instalados na sua área geográfica, não tiveram a devida representação nas conferências locais e, portanto, não foram levadas em conta as suas demandas na I CSMDF.

A I CSMDF foi organizada sobre as seguintes temáticas: 1) reforma psiquiátrica; 2) saúde mental no Programa Saúde da Família – PSF; 3) direitos da pessoa acometida de transtornos mentais e cidadania; 4) recursos humanos; 5) financiamento para a saúde mental; 6) acessibilidade em saúde mental; 7) controlo social nos serviços de saúde mental.

As propostas dos grupos de trabalho não foram muito diferentes do que já havia sido debatido e aprovado no I e no II FSMDF, anos antes. Mantinha-se a demanda por serviços substitutivos, acrescentava-se a possibilidade de trabalho com acompanhamento terapêutico e dava-se especial atenção à

infância, à adolescência e à velhice. Essa conferência trouxe um enfoque psicossocial em contraposição à perspectiva medicocêntrica<sup>8</sup>, sugerindo a priorização de atividades socioterapêuticas nos serviços. Uma das propostas solicitava a urgente regulamentação da Lei 10.216/01<sup>9</sup> (também conhecida como Lei Paulo Delgado). De um modo geral, as propostas não se mostravam concretas, o suficiente para que se fizessem factíveis. O desconhecimento da comunidade sobre o funcionamento da política de saúde e a falta de transparência na gestão dessa política acarretaram na elaboração de propostas de difícil execução, uma vez que não definiram que órgãos executariam as ações descritas e que meios seriam utilizados para difundir as propostas aprovadas.

A Lei Paulo Delgado havia sido promulgada e um novo capítulo da história da saúde mental brasileira começou a ser escrito. No entanto, o Distrito Federal mostrou-se mais resistente do que outras unidades da federação na implantação do novo modelo de atenção, mesmo existindo diretrizes de âmbito nacional.

Verifica-se um grande número de documentos elaborados pela então Coordenadoria de Saúde Mental – Cosam desde sua criação, em 1995, até o presente momento, já na posição de Diretoria de Saúde Mental – DISAM. A maioria dedica-se ao planejamento de ações e ao relatório das ações já desenvolvidas, bem como à comunicação intra e interinstitucional. O conteúdo da escrita e o tom dos documentos variam de acordo com o pensamento e

---

<sup>8</sup> Centrada no profissional de medicina e nas práticas de intervenção no âmbito biológico

<sup>9</sup> Lei federal que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, também conhecida como Lei da reforma psiquiátrica.

ideologias da gestão em vigor, verificando-se no período posicionamentos de defesa, negligência e apoio à proposta de reforma psiquiátrica, de desvalorização e de manutenção do modelo manicomial. No entanto, a maior parte dos documentos expressam uma tendência a seguir as orientações do Ministério da Saúde.

Ao contrário do que se observa na Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em que há certa estabilidade do gestor em seu cargo, no Distrito Federal nota-se alguma rotatividade entre representantes da saúde mental, o que dificulta a continuidade de ações no âmbito político. Esse é um ponto negativo da indicação de coordenadores ou gestores, que refletem muitas vezes o perfil do partido à governar ou a linha de ação do Secretário de Saúde daquele momento político.

Em 1 de abril de 2003, uma força tarefa intersetorial foi responsável pelo encerramento da Clínica de Repouso do Planalto, na região administrativa de Planaltina, após inspeção da Comissão de Direitos Humanos da Câmara Legislativa do Distrito Federal – CLDF em parceria com a Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil/DF – OAB/DF e o Conselho Regional de Psicologia – CRP, em abril de 2002.

Relatórios relativos à inspeção foram encaminhados ao Ministério Público, ao Ministério da Saúde, à Vigilância Sanitária, ao Conselho Regional de Enfermagem e ao Tribunal de Contas da União, denunciando, dentre outras irregularidades: 1) péssima alimentação – “[...] No café da manhã, em geral, a alimentação é com suco artificial ou café ralo com pão seco. A fome dos pacientes era visível. No pátio, quando caía uma fruta da árvore, todos corriam para pegá-la” (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2005, p. 65); 2) falta de higiene;

3) uso da mesma medicação (haloperidol) por todos os pacientes, que não contavam com acompanhamento médico direto; 4) maus-tratos, entre os quais o relatório de inspeção destaca ferimentos, abuso sexual, contenções mecânicas desnecessárias; 5) ausência de água potável; 6) recursos humanos insuficientes; 7) vestuário inadequado; 8) número insuficiente de extintores de incêndio; 9) disparidade de tratamento entre usuários particulares e usuários do convênio dos leitos com o SUS, que ficavam em ala separada por um muro; 10) má gestão dos recursos públicos; 11) má avaliação dos pacientes para admissão no serviço, uma vez que se verificaram pacientes em condições de tratamento ambulatorial.

A desativação da clínica trouxe à tona a ausência de vínculo familiar de vários pacientes internados há muito tempo e criou demanda para a inauguração de residências terapêuticas. No entanto, o DF continua sem alternativa nos moldes dos serviços residenciais terapêuticos, e os pacientes que não obtiveram sucesso nas tentativas de reintegração familiar estão ainda em regime de internamento em espaço do Instituto de Saúde Mental – ISM, ou em situação de desabrigo.

É importante ressaltar que o fato de os outros pacientes terem retornado à convivência familiar não extingue a necessidade de intervenção, pois, assim como eles se viam institucionalizados, as famílias não esperavam e muitas vezes não dispunham de condições para abrigar novamente aquela pessoa.

Por isso, em 2003, foi criado, em Brasília, o Programa Vida em Casa, com objetivo inicial de atender em domicílio os egressos da Clínica de Repouso do Planalto, auxiliando os pacientes e suas famílias no processo de desinstitucionalização. Tal programa estava vinculado ao Hospital São Vicente



de Paulo – HSVP, foi regulamentado um ano após o início de suas atividades pela Portaria nº 86, de 28 de junho de 2004. De acordo com a Portaria, o programa abrangeria todo o Distrito Federal e seria implantado gradualmente. O parágrafo 2º do artigo 3º da norma prevê a existência de equipes multidisciplinares, que deveriam atuar em prevenção, terapia e reabilitação dos pacientes atendidos. Apesar disso, mantém-se o foco no poder médico, já que “a assistência domiciliar só poderá ser realizada por indicação médica, com expressa concordância do paciente e/ou de sua família” (§ 1º, art. 3º).

Concomitantemente ao Programa Vida em Casa, no âmbito federal era lançado o Programa de volta para casa – PVC, regulamentado pela Lei nº10.708, de 31 de julho de 2003. O programa tinha como principal estratégia de desinstitucionalização a concessão de um benefício no valor de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), valor que foi reajustado para R\$ 320,00 (trezentos e vinte reais) em setembro de 2008 e posteriormente, em julho de 2013 passa a ter seu valor de repasse estipulado em R\$ 412,00 (quatrocentos e doze reais). O PVC conta com coordenadores municipais e do DF. Inicialmente, não houve como incluir beneficiários do Distrito Federal, pois um dos critérios para o cadastro é o internamento ininterrupto por no mínimo dois anos em instituição psiquiátrica. A instituição que abrigava pacientes por tanto tempo era a Clínica de Repouso do Planalto, a qual foi desativada meses antes da promulgação da referida Lei, em 2003. Praticamente, não havia pacientes que atendessem os requisitos para o PVC, exceto os egressos de internamentos compulsivos por medida de segurança na Ala de Tratamento Psiquiátrico do Complexo Penitenciário da Papuda. Considerando tal peculiaridade, o DF foi autorizado a, naquele momento, cadastrar pessoas com histórico de múltiplos internamentos.

De 2003 a 2016, a Diretoria de Saúde Mental<sup>10</sup> – DISAM teve diversos representantes, variando pouco em termos ideológicos, ao menos no que se refere aos documentos emitidos a outros órgãos da SES/DF, do Governo do Distrito Federal – GDF e ao Ministério Público do Distrito Federal e Territórios – MPDFT. Os documentos disponibilizados pela DISAM expressam uma tentativa dos gestores de estabelecer parcerias e procurar dar visibilidade ao campo da saúde mental. Também se destacam os relatórios de atividades anuais da coordenação/gerência, que insistem em justificar a existência do órgão e chegam a solicitar claramente alguma atenção da SES/DF. Em geral, os relatórios não trazem ações concretas em termos de criação de serviços e estratégias reais em saúde mental. Trazem, sim, a participação em reuniões, a elaboração de planos e o desenvolvimento de algumas atividades de pesquisa. No tocante aos planos de ações para os anos subsequentes, a Diretoria apresenta uma postura otimista, prevendo a execução do que não foi possível no período anterior e a ampliação da rede de atendimento em Saúde Mental.

Não houve, no período analisado<sup>11</sup>, grandes incrementos legais no campo da reforma psiquiátrica, exceto no que se refere à população dependente alcoólico e/ou toxicômano, cujo cuidado foi enfatizado na Lei nº11.343/06, que regulamentava a política sobre drogas, e na Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, que aborda a questão da prevenção ao uso de drogas e álcool. As poucas normas que visavam regulamentar mais especificamente a Lei 10.216/01 não tiveram muita influência no Distrito Federal, como se observa no caso da Portaria nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que institui diretrizes

---

<sup>10</sup> A Diretoria de Saúde Mental do Distrito Federal, quando da sua criação no organograma da Secretaria de Saúde teve status de Coordenação de Saúde Mental e posteriormente de Gerência de Saúde Mental.

<sup>11</sup> Para o presente foram analisados documentos até o ano 2015.

nacionais para a prevenção do suicídio e não significou modificação do trato com o problema no DF; posteriormente foi publicada a portaria Nº 185, de 12 de setembro de 2012, que aprova a Política Distrital de Prevenção do Suicídio, novamente sem grandes incrementos para o fazer profissional daqueles que lidam com a problemática. O mesmo ocorre em relação à Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Verifica-se, portanto, que existem normas, portarias e leis para regulamentar a atenção à saúde mental, contudo, pode-se afirmar que no Distrito Federal não há uma fiscalização efetiva ou mesmo uma preocupação para a execução da letra da lei no sentido de assegurar uma modificação do modelo de atenção à saúde mental.

Apesar de lenta e pouco significativa, apresentamos a estrutura que foi implementada com o intuito de assegurar alguma atenção à população com transtorno mental e seus familiares. Em 2006, foi inaugurado o CAPS II de Taguatinga, com a missão de “constituir, a partir de uma visão humanizada, um dispositivo de edificação da Reforma Psiquiátrica; uma alternativa de atendimento em Saúde Mental que supera o modelo manicomial [...]” (DISTRITO FEDERAL: SES/DF, 2007: 4).

A partir de iniciativas de movimentos sociais de utentes, familiares e trabalhadores da saúde mental – que culminaram na realização da Marcha Nacional pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em 2009 – foi convocada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em julho de 2010.

Em preparação para a II Conferência de Saúde Mental do Distrito Federal, foram realizadas, em abril de 2010, as Conferências Regionais de Saúde Mental com caráter intersetorial e voltadas para a situação de cada

Região Administrativa. Os debates ocorreram em torno do tema proposto para a Conferência Nacional: Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios. Os grupos de trabalho dividiram-se nos seguintes eixos: 1) saúde mental e políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais; 2) consolidando a rede de atenção psicossocial e fortalecendo os movimentos sociais; 3) direitos humanos e cidadania como desafio ético e intersetorial. (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010)

Para a etapa Distrital da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, a Gerência de Saúde Mental – GESAM<sup>12</sup> elaborou o Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal a partir de “ações estratégicas propostas pelo coletivo de gestores, trabalhadores e usuários que visam enfrentar de forma efetiva os principais problemas da rede de serviços de saúde mental do Distrito Federal” (DISTRITO FEDERAL, 2010b:6).

Nesse sentido, foram realizados grupos de trabalho para delimitar e analisar os principais problemas da rede de serviços em saúde mental. Assim, foram apontados obstáculos quanto a: 1) disponibilidade e desenvolvimento de recursos humanos; 2) investimento público na rede substitutiva; 3) articulação entre os serviços de saúde mental e entre esses e a rede social; 4) informatização; 5) instrumentos legais para reinserção social; 6) burocracia na gestão; 7) autonomia da Gesam, entre outros. Essas dificuldades foram posteriormente reagrupadas em quatro blocos maiores:

1. Dificuldade de acesso aos cuidados em saúde mental, concentrados no HSVP e em um número insuficiente de serviços substitutivos;
2. Processo de trabalho de atenção em saúde mental sem um claro padrão de qualidade definido;
3. Baixa cobertura e efetividade das ações de reinserção social;
4. Problemas relacionados à gestão. (*Idem*:36)

---

<sup>12</sup> Atualmente denominada por Diretoria de Saúde Mental (DISAM)

Considerando as discussões sobre os tópicos listados acima, foram elaborados objetivos de gestão no sentido de solucionar ou reduzir os problemas apresentados. Foram eles: 1) ampliar a capacidade instalada de CAPS em 170% e implantar cinco residências terapêuticas; 2) territorializar todos os serviços de saúde mental e matriciá-los à rede de atenção básica; 3) apoiar a ampliação dos serviços de saúde mental em todos os municípios da Região Integrada de Desenvolvimento do Entorno – RIDE; 4) promover a implantação e consolidação das novas modalidades assistenciais em todos os serviços de saúde mental; 5) promover a utilização de protocolos de assistência em saúde mental pelos profissionais; 6) promover mecanismos de comunicação entre os serviços de saúde mental; 7) implantar programa de formação inicial e de educação permanente em 100% da rede de saúde mental; 8) informar a população sobre os transtornos mentais e ampliar a visibilidade do problema na sociedade; 9) promover a reinserção dos pacientes no mercado de trabalho; 10) mapear e articular a rede social da área de abrangência de todas as unidades de saúde mental; 11) promover condições para os familiares participarem do processo terapêutico e de reinserção social de 100% dos beneficiários; 12) apoiar a implementação de projetos de produção cultural; 13) ampliar os espaços à participação ativa dos profissionais, usuários e familiares nas unidades e no Programa de Saúde Mental; 14) promover o registo regular da informação e a informatização de 100% das unidades de saúde mental; 15) melhorar a administração e desenvolvimento da força de trabalho; 16) garantir o abastecimento de 100% dos medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos

Essenciais – RENAME e os de alto custo a todas as unidades de atenção à saúde mental.

Avaliamos aqui que foi realizado um importante apanhado de informações acerca do que poderia ser feito diante dos diversos problemas identificados. Contudo, o documento peca ao não apresentar ações práticas e factíveis na direção dos seus objetivos, bem como, por tratar com diminuta importância os aspectos da gestão.

O relatório da II Conferência Distrital de Saúde Mental, realizada entre 18 e 20 de maio de 2010, apresenta as propostas aprovadas em reunião plenária, conforme os eixos citados acima. Tais propostas foram divididas pelos âmbitos nacional e Distrital.

Em todos os eixos, as propostas apresentadas envolveram principalmente: 1) a criação de serviços substitutivos, centros de convivência e residências terapêuticas; 2) o fortalecimento de iniciativas e serviços existentes; 3) a criação de ambiente propício ao trabalho interdisciplinar; 4) a capacitação de profissionais que, de alguma forma, lidem com pessoas com transtorno mental; 5) a garantia do acesso dos beneficiários ao serviço com o passe livre nos meios de transporte; 6) ampliação do montante de recursos destinados à saúde mental; 7) ampliação dos medicamentos disponíveis gratuitamente; 8) divulgação dos direitos dos beneficiários dos serviços de saúde mental por meio dos mídia e de parcerias no campo educacional; 9) incentivo à inserção da pessoa com transtorno mental no mercado de trabalho; 10) ações de cuidado para trabalhadores da saúde mental; 11) territorialização do atendimento em saúde mental, com incentivo à participação do Programa Saúde da Família no cuidado da pessoa com transtorno mental e nas ações de

promoção da saúde mental; 12) promoção da intersetorialidade entre assistência social, saúde, educação e outros; 13) fortalecimento da estratégia de matriciamento; 14) estabelecimento de protocolos de intervenções em saúde mental; 15) promoção dos direitos humanos das pessoas com transtorno mental.

Verificamos, que não ocorreram outras Conferências específicas sobre Saúde Mental tanto no âmbito do Distrito Federal, quanto em âmbito nacional, após as Conferências supracitadas. Portanto considera-se estacionado o debate e a participação social no campo da Saúde Mental no DF.

Após análise dos componentes históricos e conjunturais sobre os quais se constrói a Política de Saúde Mental no Distrito Federal, apresentam-se as instituições que compõem a rede de serviços de Saúde Mental do DF vinculados à Diretoria de Saúde Mental, até 2015. A saber:

- Núcleo de Acompanhamento Avaliação e Supervisão dos Serviços de Saúde – NAASS
  - Núcleo de Atenção em Saúde Mental Infanto-Juvenil;
  - Núcleo de Atenção às Políticas de Álcool e outras Drogas;
  - Núcleo de Capacitação e Educação Continuada em Saúde Mental;
  - Núcleo de Normatização, Acompanhamento, Avaliação e Supervisão dos Serviços de Saúde Mental;
  - Núcleo de Saúde Mental do Adulto e do Idoso;
  - Núcleo de Reinserção Social.
- Núcleo Técnico-Normativo – NTN;
- Hospital psiquiátrico – Hospital São Vicente de Paulo – HSVP, situado em Taguatinga;

- Hospital de Base do Distrito Federal – HBDF, situado em Brasília.
- Instituto de Saúde Mental – ISM, situado no Riacho Fundo.
- Centro de Atenção Psicossocial I – CAPS I, situado no Riacho Fundo, nas instalações do ISM.
- Centro de Atenção Psicossocial II – CAPS II, com unidades situadas em Taguatinga, Paranoá e Planaltina.
- Centro de Atenção Psicossocial III – CAPS III, situado em Samambaia.
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad, com unidades situadas em Sobradinho, Santa Maria, Guará, Itapoã e Brasília (Rodoviária).
- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi, com duas unidades situadas em Brasília: Unidade COMPP, Brasília Norte; e Unidade Adolescento, Brasília Sul.
- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Infantil – CAPSadi, com unidades situadas em Taguatinga e em Brasília.

Há equipas mínimas para a implantação de novos CAPS em algumas Regiões Administrativas do DF. Contudo, segundo informações da DISAM, enfrenta-se, atualmente, algumas dificuldades para locação/ aquisição de imóvel para a instalação dessas unidades segundo os moldes preconizados pela Política Nacional de Saúde Mental, que priorize um perfil comunitário.

Outro fato relevante é que não há previsão orçamentária para a implementação de residências terapêuticas no DF, conjuntura essa, que mantém alguns utentes em internamentos prolongados, ou os sujeita a situações de desabrigo, quando da alta hospitalar.

Torna-se indispensável uma reflexão quanto ao ritmo adotado pelo Distrito Federal na implementação das suas políticas públicas, em especial à



saúde e, em específico, à saúde mental. Apesar de configurar-se como o centro do poder nacional, a capital esboça um misto de características das regiões do país. Unem-se, assim, aspectos rurais e urbanos no modelo de gestão de recursos e de serviços. A estrutura aparente é de organização, ordem e controle, mas os bastidores são excessivamente burocráticos para a efetivação de políticas públicas.

Nesses, pouco mais de 56 anos, o Distrito Federal, em linhas gerais, não conseguiu atender ou concretizar as demandas apresentadas pelos gestores e movimentos sociais, refletindo um atraso na implementação efetiva de uma política que garanta os direitos de seus cidadãos, em especial, dos utentes de psiquiatria.

## Capítulo 2

### 2. Conceitos Fundamentais

#### 2.1. Saúde

Para compreender a violação de direitos que a presente tese pretende expor, faz-se necessária a compreensão de alguns conceitos fundamentais; primeiramente o conceito de Saúde.

O direito universal à saúde está explicitado na Constituição Federal Brasileira de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Nessa perspectiva, a Constituição Federal Brasileira, em seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância.

Moura (2013) explana que o funcionamento da saúde pública brasileira está descrito no Art. 196 da Constituição Federal de 1988, em que se reconhece a saúde como 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, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Deve-se ressaltar que a forma como a saúde foi tratada na Constituição Federal Brasileira, em capítulo próprio, demonstra o cuidado que se teve com esse bem jurídico. Com efeito, o direito à saúde, por estar intimamente atrelado ao direito à vida, manifesta a proteção constitucional à dignidade da pessoa humana. Verifica-se que ao reconhecer a saúde como direito social

fundamental, o Estado obriga-se a formular políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde.

Para compreender a plenitude da ação constitucional sobre a saúde enquanto um direito Lippel (2004) sugere a leitura combinada dos arts. 194, 196 e 198 da Constituição Federal Brasileira, pois assim abrange-se a definição dos seguintes princípios informadores da política pública de saúde:

- a. Universalidade (art. 194, I; art. 196, caput): a saúde como direito de todos; não requer, portanto, nenhum requisito para seu usufruto, devendo sua oferta e seu acesso ser garantidos de forma universal e igualitária à todos os indivíduos;
- b. Caráter democrático e descentralizado da administração, com participação da comunidade (art. 194, VII; art. 198, I e III): exprime-se na distribuição de responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo (Federal, Estadual e Municipal), a partir da noção de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, maiores as chances de acerto. Tal diretriz tem orientado a regulamentação do sistema de saúde, pautada pela maior responsabilidade dos municípios na implementação das ações de saúde, a partir das demandas daquela determinada região.
- c. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (art. 198, II): a integralidade do atendimento significa que as ações de promoção da saúde são, necessariamente, dependentes da intersetorialidade entre as políticas públicas, ou seja, que o sistema de saúde deve garantir acesso a ações de promoção, que buscam eliminar ou controlar as causas das doenças e agravos, envolvendo também as ações em outras áreas, como habitação,

meio ambiente, educação, assistência social, etc.; de proteção, que visam à prevenção de riscos e exposições a doenças, incluindo ações de saneamento básico, imunizações, ações coletivas e preventivas, vigilância à saúde e sanitária; de recuperação, ou seja, atendimento médico, tratamento e reabilitação para doentes;

- d. Regionalização e Hierarquização (art. 198, caput): este princípio busca permitir um conhecimento maior, por parte da rede de serviços do sistema, dos problemas de saúde da população de uma área delimitada, favorecendo medidas de vigilância epidemiológica, sanitária, educação em saúde, e ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade, viabilizando a distribuição espacial dos serviços e sua organização com suporte técnico e de recursos humanos.

Pode-se afirmar, portanto, que a proteção constitucional à saúde seguiu a trilha do Direito Internacional, uma vez que a Organização Mundial de Saúde – OMS define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social. A Constituição abrange a perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde, o que impõe ao Estado o dever de tornar possível e acessível a toda a população o tratamento que garanta senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida.

## **2.2. Assistência Social**

A Assistência Social é outra política pública que foi assegurada constitucionalmente no Brasil. A Constituição Federal Brasileira foi a expressão do auge do Estado Democrático de Direito no Brasil, procurou estabelecer e

reforçar uma série de direitos sociais, com o intuito de assegurar a permanência das liberdades democráticas obtidas após o longo período de ditadura militar, que sobrepujou os direitos civis, políticos e sociais no Brasil entre 1964 e 1985.

Diante da necessidade de se reconhecer os direitos do povo brasileiro, dá-se a constitucionalização da Assistência Social, como uma das três políticas públicas que constituem a Seguridade Social brasileira (Saúde, Previdência Social e Assistência Social). Assim, prevê-se nos artigos 203 e 204 da Constituição Federal de 1988, a participação do Estado e da sociedade civil para a criação de condições de sobrevivência àqueles que não possuem o mínimo para subsistir.

A expressa letra da lei, dispõe que:

- Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:
- I. a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
  - II. o amparo às crianças e adolescentes carentes;
  - III. a promoção da integração ao mercado de trabalho;
  - IV. a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
  - V. a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.
- Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:
- I. descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;
  - II. participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.
- (BRASIL, 1988)

No intuito de regulamentar os artigos constitucionais supracitados, foi publicada, em 07/12/1993, a Lei 8.742 (LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social), que passou a dispor sobre a organização da Assistência Social.

A Assistência Social constitui-se, portanto, em uma das vias do sistema de proteção social, destinada a abarcar os sujeitos não acobertados pela Previdência Social, cujo caráter é eminentemente contributivo, tendo em vista a sua não inserção no mercado formal de trabalho e de renda mínima, de modo a ofertar-lhes condições de sobrevivência em enfrentamento à miséria, bem como propiciar condições mínimas de sobrevivência e dignidade.

Traduz-se, portanto, a assistência social como a política pública que visa o enfrentamento da pobreza, à garantia de um padrão social mínimo e ao provimento de condições para atender as contingências sociais de todo cidadão brasileiro.

Em 06 de julho de 2011, foi publicada a Lei 12.435, que altera diversos artigos da LOAS, especialmente no que concerne aos objetivos traçados para a Assistência Social.

Assim, o artigo 2º, da Lei 8.742/93, em sua nova redação, estabelece que a Assistência Social tem por objetivos a proteção social, com o intuito de garantir a vida, a redução de danos e a prevenção da incidência de riscos; a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos; e a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Destaca-se, contudo, que a assistência social, no Brasil, tem sua história intimamente ligadas às práticas da caridade, da filantropia e da benemerência. Sua constituição enquanto política pública dá-se pelo reconhecimento dos direitos sociais, com isso a assistência social adquire o estatuto de política social. Assim, esse campo da proteção social brasileira deve ser analisado

segundo o seu percurso histórico, no qual se evidencia que a assistência social trilhou um caminho em que esteve:

Apoiada por décadas na matriz do favor, do clientelismo, do apadrinhamento e do mando, que configurou um padrão arcaico de relações, enraizado na cultura política brasileira, esta área de intervenção do Estado caracterizou-se historicamente como não política, renegada como secundária e marginal no conjunto das políticas públicas. (Couto, Yazbek e Raichelis, 2012, p. 55)

Mota (2008, p.16) apresenta uma análise muito atual sobre a assistência social ao afirmar que ela se constitui como um fetiche social: “um mecanismo determinado pela esfera da produção material e robustecido no plano superestrutural como uma prática política”. A contradição reside no fato da seguridade social ter a dificuldade de se consolidar num sistema de proteção social, devido à ausência de articulação entre as três políticas que a compõe. Enquanto a previdência social e a saúde estão configuradamente marcadas pela privatização e mercantilização dos seus serviços, a assistência social se amplia num novo fetiche: o de enfrentamento às desigualdades sociais.

Nesse desenho a assistência social encontra-se em expansão, considerando as enormes disparidades sociais e econômicas existentes no Brasil. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS afirma que a centralidade da política pública de assistência social “reside nos programas de transferência de renda, ampliando as ações compensatórias e focalizando no combate à pobreza”.

Considera-se, portanto, que a assistência social enquanto uma prática realizada no âmbito do Estado reproduz de forma predominante o discurso de se instituir a lógica do direito e da autonomia. Porém, paradoxalmente, também pode carregar as marcas de uma prática tuteladora e conformadora da subalternidade. YAZBEK (2007, p.134) infere que as “ações assistenciais

podem significar tanto a tutela e a reiteração da subalternidade, quanto um lugar de reconhecimento e de acesso ao protagonismo. E, mais ainda, pode ser tudo isso junto.”

Nesse interim de contradições, o que se pretende ressaltar é que a assistência social deve ser compreendida enquanto um direito não contributivo, normalmente associado à pobreza, contudo não restrito à mesma, e que todo indivíduo que dela necessitar deve ser assistido.

### **2.3. Cidadania**

Ao longo da história da humanidade houveram diversos entendimentos sobre o significado de cidadania – perpassando Grécia e Roma da Idade Antiga e Europa da Idade Média. Contudo, o atual conceito de cidadania, insere-se no contexto do surgimento da Modernidade e da estruturação do Estado-Nação, que possui cidadãos. Segundo Covre (1995):

Podemos afirmar que ser cidadão significa ter direitos e deveres, ser súdito e ser soberano. Tal situação está descrita na Carta de Direitos da Organização das Nações Unidas (ONU), de 1948, que tem suas primeiras matrizes marcantes nas cartas de Direito dos Estados Unidos (1776) e da Revolução Francesa (1798). Sua proposta mais funda de cidadania é a de que todos os homens são iguais ainda que perante a lei, sem discriminação de raça, credo ou cor. E ainda: a todos cabem o domínio sobre seu corpo e sua vida, o acesso a um salário condizente para promover a própria vida, o direito a educação, a saúde, a habitação, ao lazer. E mais: e direito de todos poder expressar-se livremente, militar em partidos políticos e sindicatos, fomentar movimentos sociais, lutar por seus valores. Enfim, o direito de ter uma vida digna de ser homem.

Estabelece-se, portanto, um estatuto de pertencimento de um indivíduo a uma comunidade politicamente articulada – um país – e que lhe atribui um conjunto de direitos e obrigações, sob vigência de uma constituição. Ao contrário dos direitos humanos – que tendem à universalidade dos direitos do ser humano na sua dignidade –, a cidadania moderna possui um caráter



próprio e possui segundo Carvalho (2001) duas categorias: formal e substantiva.

A cidadania formal refere-se a maneira como a cidadania está descrita formalmente na lei, nas constituições nacionais, é a garantia que o indivíduo tem para lutar legalmente por seus direitos. Conforme o direito internacional a cidadania formal é indicativo de nacionalidade, de pertencimento a um Estado-Nação.

Em sentido amplo, a cidadania substantiva é definida como a posse de direitos civis, políticos e sociais. Refere-se a maneira como a cidadania é vivida na prática. Através dela pode-se identificar se os indivíduos são, ou não, socialmente iguais. Percebe-se, também, quando uma sociedade se estrutura desigualmente, se há grupos marginalizados que vivem imersos em estigmas e preconceitos, aqueles que estão vulneráveis. Dallari expõe que:

A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social.

Compreende-se, portanto, a cidadania como um conceito que extrapola o âmbito jurídico-legal, sendo também um fenômeno histórico-social. Assim, conceituar cidadania implica no reconhecimento de que o próprio conceito passa por modificações históricas e, atualmente, está imerso num cenário de disputas, dadas as contradições do capitalismo em dar continuidade ao processo civilizatório de universalização dos direitos.

Para ampliar ainda mais a compreensão desse conceito essencial pode-se absorver as ideias propostas por Gohn (1995), em que se pode distinguir dois tipos de cidadania: a cidadania individual e a cidadania coletiva. Quando a cidadania mantém seu caráter universal, buscando a extensão de direitos e

deveres a todas as camadas da população, está-se diante de sua expressão coletiva. Todavia, frente aos limites que as noções de igualdade e liberdade adquirem na concepção liberal burguesa, a noção e a prática da cidadania vêm-se distinguindo em sua contradição característica: referir-se ao universal e voltar-se para o particular. Nesse contexto, em geral é a cidadania individual que se ergue como pretexto para atender ainda mais à necessidade de exploração do capital, constituindo-se como um conceito formal vinculado à ideia de propriedade.

Geisle (2006) explicita o quão nítido é a ambiguidade característica da noção liberal de cidadania no Brasil, uma vez que relega grande parte de sua população à margem da cidadania. Sua história erguida por meio de um longo processo de colonização e mantida sob a égide de uma modernização conservadora, demonstra reflexos de uma constituição histórica excludente que se perpetua às custas de uma democracia restrita. Para Carvalho (1997), o Brasil está balizado pelo centralismo político e definido dentro de um espaço institucional de um Estado patrimonialista e paternalista, com isso a cidadania brasileira revela cidadãos de primeira, segunda e terceira classe, acrescentamos aqui que há também aqueles a quem a cidadania não pertence, indivíduos abandonados de direitos, impossibilitados de deveres, socialmente invisíveis.

## **Capítulo 3**

### **3. Funcionamento das políticas públicas de Saúde e de Assistência Social no Brasil: da Norma à implementação**

#### **3.1. Orientações dos serviços: os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS**

Como referido anteriormente a reforma psiquiátrica no Brasil se constituiu como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, em especial pelas organizações de profissionais de saúde mental, pelas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, e pelos movimentos sociais. Compreendida como um conjunto de necessárias transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais.

Tem sua orientação legal com base na Lei Paulo Delgado, (Lei nº 10216, de 06 de abril de 2001) que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. É no contexto da promulgação dessa Lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, que a Política Nacional de Saúde Mental passa a se consolidar, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, ganhando maior sustentação e visibilidade.

Nesse interim o Ministério da Saúde cria linhas específicas para o financiamento da saúde mental, com o mote de garantir a implementação dos serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, em especial os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. São criados, também, novos mecanismos

para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no Brasil.

Em análise mais ampla dos instrumentos normativos que regem o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS, quando se trata de saúde mental, localiza-se a regulação dos CAPS.

O primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. Nesse contexto, os serviços de saúde mental ampliam-se, surgindo em vários municípios brasileiros e vão se consolidando como dispositivos para a diminuição de internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS, assim como os Núcleos de Atenção Psicossocial – NAPS foram oficialmente regulamentados a partir da Portaria GM nº 224, de 29 de janeiro de 1992, e eram definidos como:

unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. (BRASIL: MS, 1992)

Os CAPS, os NAPS, assim como os Centros de Referência em Saúde Mental – CERSAMs, e outros tipos de serviços substitutivos que têm surgido no país, são atualmente regulamentados pelas Portarias GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 e nº 189/SAS (Secretaria de Atenção à Saúde), 20 de março de 2002.

A Portaria GM nº 336/2002, acrescentou novos parâmetros à legislação anterior, em específico para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas, bem como para a infância e adolescência. A

Portaria GM nº 336 também criou mecanismo de financiamento próprio para a rede CAPS. Em março de 2002, a Portaria SAS nº 189/2002 fortaleceu o sistema de financiamento da rede, inserindo novos procedimentos ambulatoriais.

Humberto Costa, ministro da saúde, gestão 2003-2005, afirma que os CAPS:

são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, MS, 2004)

Ressalta-se que os CAPS visam prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado; promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas associados aos transtornos mentais.

Assim, os CAPS têm como responsabilidades:

- ✓ organizar a rede de serviços de Saúde Mental de seu território;
- ✓ dar suporte e supervisionar a atenção à Saúde Mental na rede básica;
- ✓ regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental de sua área;
- ✓ coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- ✓ manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a Saúde Mental. (AITH, 2013)

É indispensável compreender que esses centros são categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi (infanto-juvenil) e CAPSad (Álcool e Drogas). A Portaria 336/2002

determina ainda que seu horário e funcionamento nos fins de semana dependem de sua categoria, a saber:

**Tabela 1 – Tipos de CAPS**

Unidade	Porte Populacional	Funcionamento	Observação
CAPS I	Entre 20.000 e 70.000 habitantes	De segunda a sexta-feira, das 8h às 18h	--
CAPS II	Entre 70.000 e 200.000 habitantes	De segunda a sexta-feira, das 8h às 18h	Pode haver um terceiro período de funcionamento até às 21h
CAPS III	Acima de 200.000 habitantes	Funcionamento ininterrupto, 24 horas	Também funciona nos feriados e finais de semana
CAPSi	Acima de 200.000 habitantes	De segunda a sexta, das 8h às 18h	Pode haver um terceiro período de funcionamento até às 21h
CAPSad	Acima de 200.000 habitantes	De segunda a sexta, das 8h às 18h	Pode haver um terceiro período de funcionamento até às 21h

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2004a.

Estipula-se que todos os CAPS devem obedecer à exigência da diversidade profissional e cada tipo de CAPS tem suas próprias características quanto aos tipos e à quantidade de profissionais. Tendo, obrigatoriamente, como equipas mínimas:

**Tabela 2 – Profissionais CAPS**

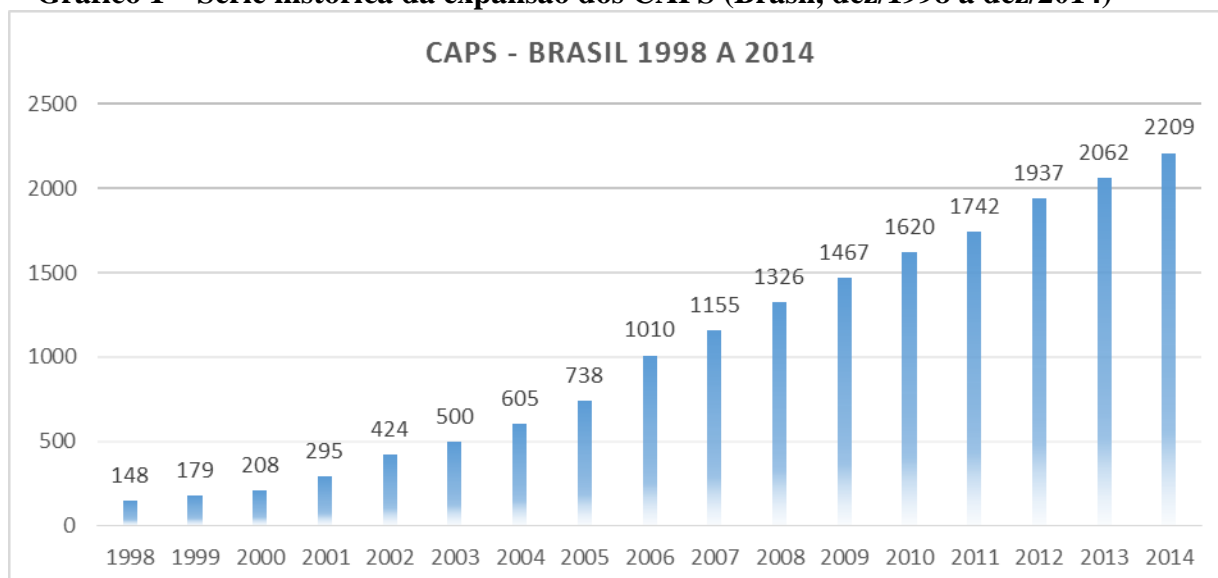
Unidade	Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS
CAPS I	1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental
	1 enfermeiro
	3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
	4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPS II	1 médico psiquiatra
	1 enfermeiro com formação em saúde mental
	4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
	6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPS III	2 médicos psiquiatras
	1 enfermeiro com formação em saúde mental
	5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior
	8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPSi	1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental
	1 enfermeiro

Unidade	Tipos de profissionais que trabalham nos CAPS
	4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
	5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão
CAPSad	1 médico psiquiatra
	1 enfermeiro com formação em saúde mental
	1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas
	4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico
	6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, 2004a.

O gráfico que segue apresenta a expansão anual dos CAPS desde o ano de 1998 até 2014. Observa-se que houve um constante crescimento desses serviços, com uma taxa anual de crescimento relativamente estável, o que pode apontar para a consolidação desse modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

**Gráfico 1 – Série histórica da expansão dos CAPS (Brasil, dez/1998 a dez/2014)**



Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS. (Após 2001: Sistematização dos Estabelecimentos Habilitados por meio de portaria específica. Antes de 2001: Levantamento CAPS Disque-Saúde).

**Tabela 3 – Tipos de CAPS por UF – CAPS/100 mil habitantes (Brasil, dez/2014)**

Região	Unidade da Federação	Estimativa populacional Brasileira <sup>13</sup>	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPSi	CAPSad	CAPSad III	Total	Cobertura de CAPS por 100.000 habitantes
Centro Oeste	Distrito Federal – DF	2.789.761	1	3	0	1	4	3	12	0,43
	Goiás – GO	6.434.048	33	14	1	3	7	2	60	0,93
	Mato Grosso do Sul – MS	2.587.269	11	6	1	1	4	0	23	0,89
	Mato Grosso – MT	3.182.113	27	3	0	3	5	0	38	1,19
Nordeste	Alagoas – AL	3.300.935	45	6	0	1	2	1	55	1,67
	Bahia – BA	15.044.137	149	35	3	10	17	2	216	1,44
	Ceará – CE	8.778.576	62	29	3	7	21	3	125	1,42
	Maranhão – MA	6.794.301	43	15	3	3	7	0	71	1,04
	Paraíba – PB	3.914.421	49	8	4	9	7	5	82	2,09
	Pernambuco – PE	9.208.550	46	26	4	8	14	2	100	1,09
	Piauí – PI	3.184.166	39	7	1	1	4	2	54	1,70
	Rio Grande do Norte – RN	3.373.959	17	11	1	3	6	1	39	1,16
	Sergipe – SE	2.195.662	25	4	3	2	4	1	39	1,78
Norte	Acre – AC	776.463	2	1	0	0	0	1	4	0,52
	Amapá – AP	734.996	0	0	0	1	1	1	3	0,41
	Amazonas – AM	3.807.921	13	5	1	1	1	0	21	0,55
	Pará – PA	7.969.654	44	16	3	3	6	1	73	0,92
	Rondônia – RO	1.728.214	13	5	0	1	1	0	20	1,16
	Roraima – RR	488.072	5	1	1	0	1	0	8	1,64
	Tocantins – TO	1.478.164	8	4	0	0	0	2	14	0,95
Sudeste	Espírito Santo – ES	3.839.366	10	7	0	1	5	0	23	0,60
	Minas Gerais – MG	20.593.356	125	52	12	19	30	10	248	1,20
	Rio de Janeiro – RJ	16.369.179	43	45	3	25	22	1	139	0,85
	São Paulo – SP	43.663.669	80	90	35	58	76	14	353	0,81
Sul	Paraná – PR	10.997.465	47	28	3	11	24	5	118	1,07
	Rio Grande do Sul – RS	11.164.043	77	41	1	21	29	11	180	1,61
	Santa Catarina – SC	6.634.254	55	14	2	8	11	1	91	1,37
Brasil		201.032.714	1069	476	85	201	309	69	2.209	1,10

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

<sup>13</sup> Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de estimativas da população residente no Brasil e nas Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2013.



O Gráfico 1 e a Tabela 3 apresentam, respectivamente, a expansão da implementação e da habilitação de CAPS; e a distribuição dos CAPS habilitados pelo Ministério da Saúde, por Unidade da Federação – UF, e por tipo de serviço, até dezembro de 2014. Constrói-se por meio desses dados o cenário que apresenta o momento atual da implementação da política de Saúde Mental brasileira, e indica também a necessidade de fortalecer e avançar na expansão dos CAPS como um todo. O Ministério da Saúde indica que:

Permanecem os desafios com relação à expansão de serviços destinados a populações específicas, como crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas e serviços de atenção 24 horas. Destaca-se ainda a necessidade de aprofundar as discussões relativas à população indígena e população de em situação de violência e vulnerabilidade social (BRASIL, MS, 2012)

É inegável que os Centros de Atenção Psicossocial são foco de grande investimento no íterim da política nacional de saúde mental nos últimos quinze anos. Os CAPS existentes concentram uma grande parte dos recursos humanos em saúde mental do país, com o objetivo de prover assistência psiquiátrica consoante às necessidades da população de seu território. A melhoria de seu funcionamento perpassa as diretrizes que especificam o perfil do utente atendido, além de padronizar uma lista mínima de intervenções a serem oferecidas e colaboram para criar indicadores de funcionamento para a avaliação do desempenho das unidades. Garantindo que o atendimento respeite as particularidades da região, e ainda sigam critérios mínimos de uniformidade da oferta do serviço.

### **3.2. Orientações dos serviços: Serviço Residencial Terapêutico – SRT**

Outra importante estratégia para proporcionar a desinstitucionalização e a reinserção social de pessoas longamente internadas em hospitais psiquiátricos

ou hospitais de custódia, se constrói por meio do Serviço Residencial Terapêutico – SRT. Esse serviço caracteriza-se como moradias ou casas, inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos). São regulamentados pela Portaria GM nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011, que também propõe uma nova forma de financiamento desse serviço.

Avalia-se que as principais características das residências terapêuticas enquanto modelo de atenção psicossocial é a centralidade na moradia e no viver em sociedade. Afere-se que tais residências não se configuram exatamente como um serviço de saúde, mas como espaços de habitação, com o intento de possibilitar à pessoa em sofrimentos mental o retorno ao convívio social, usufruindo de um espaço que seja seu por direito, que não deve ser confundido ou transformado em um local de tratamento, clínica, ou de novo claustro. É um espaço para a reconstrução de laços sociais e afetivos àquelas pessoas cujas vidas encontravam-se confinadas ao universo hospitalar.

Em consonância com o disposto na Portaria GM nº 3.090/2011, o SRT se subdivide em duas categorias: 1) O Lar Abrigado (SRT tipo I) – Serviço destinado a pacientes com autonomia, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Devendo acolher no máximo oito moradores. 2) A Pensão Protegida (SRT tipo II) – Serviços destinados a pacientes com autonomia comprometida, sem necessidades clínicas de internação, que não contam com o apoio da família. Devendo acolher no máximo dez moradores. Para as duas categorias de SRT os moradores devem ter como referência um serviço de saúde mental localizado

nas proximidades da residência. Reforça-se que as unidades de SRT devem localizar-se fora dos limites de uma unidade hospitalar.

A seguir apresenta-se alguns dados do Ministério da Saúde acerca dos SRTs após a publicação da Portaria GM nº3.090/2011, que estabeleceu uma nova proposta de financiamento para o serviço, anteriormente custeados, principalmente, com recursos provenientes de realocação de recursos destinados para Autorização de Internação Hospitalar – AIH. Aos SRTs habilitados passam a ser repassados recursos federais para o custeio mensal e também para implantação do serviço. Explicita-se a distribuição desse serviço em território nacional de acordo com sua situação de habilitação:

**Tabela 4 – Distribuição dos Serviços Residenciais Terapêuticos por UF (Brasil, dez/2014)**

Região	Unidade da Federação	SRT em funcionamento	SRT Habilitados	
Centro Oeste	Distrito Federal – DF	00	00	
	Goiás – GO	12	11	
	Mato Grosso do Sul – MS	02	01	
	Mato Grosso – MT	06	00	
Nordeste	Alagoas – AL	00	00	
	Bahia – BA	22	08	
	Ceará – CE	06	03	
	Maranhão – MA	06	00	
	Paraíba – PB	14	01	
	Pernambuco – PE	58	53	
	Piauí – PI	05	05	
	Rio Grande do Norte – RN	03	00	
	Sergipe – SE	07	05	
	Norte	Acre – AC	00	00
		Amapá – AP	00	00
Amazonas – AM		00	00	
Pará – PA		01	00	
Rondônia – RO		00	00	
Roraima – RR		00	00	
Tocantins – TO		01	01	
Sudeste	Espírito Santo – ES	00	00	
	Minas Gerais – MG	116	69	
	Rio de Janeiro – RJ	136	53	
	São Paulo – SP	179	48	
Sul	Paraná – PR	13	10	
	Rio Grande do Sul – RS	21	20	
	Santa Catarina – SC	02	01	
<b>TOTAL</b>		<b>610</b>	<b>289</b>	

Fonte: Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS.

A tabela 4 apresenta dados da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD, vinculada ao Ministério da Saúde, com a distribuição dos SRTs em um total de 610 unidades, sendo que 289 SRTs estavam habilitados pelo Ministério da Saúde até dezembro de 2014. Dentre as unidades habilitadas existem 160 SRT tipo I e 129 SRT tipo II, nestes serviços existem um total de 2.031 moradores. Há unidades que ofertam o SRT e ainda não estão habilitadas para receber o financiamento federal, o Ministério da Saúde apresenta a estimativa de 3.475 moradores no total de SRTs, habilitados e não habilitados de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (Brasil, 2015).

Observa-se na tabela 4 a existência de 8 unidades da federação, em que se inclui a capital do país, que ainda não oferecem o Serviço de Residência Terapêutica, mesmo com a existência de recursos financeiros do Governo Federal para o custeio e implementação desse serviço.

Os SRTs são um importante recurso na lógica de redução de leitos para internação psiquiátrica, contudo Weyler (2004) elucida a necessidade constante fiscalização para que se verifique até que ponto as práticas manicomiais, continuam existindo sob este novo modelo, já que apenas a transferência de um espaço fechado para o espaço urbano, não garante a “extinção dos mecanismos de exclusão e segregação”. Há que se garantir que os moradores se integrem a comunidade circunvizinha, para que não continuem a viver como se estivessem em um hospital psiquiátrico, estabelecendo relações sociais e comunitárias.

A existências desses serviços substitutivos à internação psiquiátrica traz-nos outros dados importantes a serem considerados, a redução de leitos em hospitais psiquiátricos.

**Tabela 5 – Distribuição dos Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por UF (Brasil, maio/2006)**

Região	Unidade da Federação	Estimativa populacional Brasileira <sup>14</sup>	Hospitais Psiquiátricos	Leitos em Hospitais psiquiátricos	Leitos por 100.000 habitantes
Centro Oeste	Distrito Federal – DF	2.333.108	1	74	3,17
	Goiás – GO	5.619.917	11	1.303	23,19
	Mato Grosso do Sul – MS	2.264.468	2	200	8,83
	Mato Grosso – MT	2.803.274	2	117	4,17
Nordeste	Alagoas – AL	3.015.912	5	880	29,18
	Bahia – BA	13.815.334	9	1.264	9,15
	Ceará – CE	8.097.276	8	1.120	13,83
	Maranhão – MA	6.103.327	4	822	13,47
	Paraíba – PB	3.595.886	6	801	22,28
	Pernambuco – PE	8.413.593	16	3.293	39,14
	Piauí – PI	3.006.885	2	400	13,30
	Rio Grande do Norte – RN	3.003.087	5	819	27,27
Norte	Sergipe – SE	1.967.791	3	380	19,31
	Acre – AC	669.736	1	53	7,91
	Amapá – AP	594.587	0	0	0,00
	Amazonas – AM	3.232.330	1	126	3,90
	Pará – PA	6.970.586	1	56	0,80
	Rondônia – RO	1.534.594	0	0	0,00
	Roraima – RR	391.317	0	0	0,00
Sudeste	Tocantins – TO	1.305.728	1	160	12,25
	Espírito Santo – ES	3.408.365	3	620	18,19
	Minas Gerais – MG	19.237.450	21	3.046	15,83
	Rio de Janeiro – RJ	15.383.407	41	7.960	51,74
Sul	São Paulo – SP	40.442.795	58	13.089	32,36
	Paraná – PR	10.261.856	17	2.648	25,80
	Rio Grande do Sul – RS	10.845.087	6	911	8,40
	Santa Catarina – SC	5.886.568	4	800	13,59
<b>Brasil</b>		<b>184.204.264</b>	<b>228</b>	<b>40.942</b>	<b>22,23</b>

Fonte: Coordenação de Saúde Mental/MS

<sup>14</sup> Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de estimativas da população residente no Brasil e nas Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2005.

**Tabela 6 – Distribuição dos Leitos SUS em Hospitais Psiquiátricos por UF (Brasil, dez/2014)**

Região	Unidade da Federação	Estimativa populacional Brasileira <sup>15</sup>	Hospitais Psiquiátricos	Leitos em Hospitais psiquiátricos	Leitos por 100.000 habitantes	
Centro Oeste	Distrito Federal – DF	2.789.761	01	85	3,05	
	Goiás – GO	6.434.048	07	791	12,29	
	Mato Grosso do Sul – MS	2.587.269	02	200	7,73	
	Mato Grosso – MT	3.182.113	02	202	6,35	
Nordeste	Alagoas – AL	3.300.935	05	880	26,66	
	Bahia – BA	15.044.137	06	671	4,46	
	Ceará – CE	8.778.576	04	623	7,10	
	Maranhão – MA	6.794.301	02	560	8,24	
	Paraíba – PB	3.914.421	04	524	13,39	
	Pernambuco – PE	9.208.550	09	1.262	13,70	
	Piauí – PI	3.184.166	01	160	5,02	
	Rio Grande do Norte – RN	3.373.959	03	480	14,23	
	Sergipe – SE	2.195.662	01	80	3,64	
	Norte	Acre – AC	776.463	01	65	8,37
		Amapá – AP	734.996	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>0,00</b>
		Amazonas – AM	3.807.921	01	65	1,71
Pará – PA		7.969.654	01	22	0,28	
Rondônia – RO		1.728.214	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>0,00</b>	
Roraima – RR		488.072	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>0,00</b>	
Tocantins – TO		1.478.164	<b>00</b>	<b>00</b>	<b>0,00</b>	
Sudeste	Espirito Santo – ES	3.839.366	03	460	11,98	
	Minas Gerais – MG	20.593.356	13	1.798	8,73	
	Rio de Janeiro – RJ	16.369.179	25	3.792	23,17	
	São Paulo – SP	43.663.669	52	9.539	21,85	
Sul	Paraná – PR	10.997.465	15	2.273	20,67	
	Rio Grande do Sul – RS	11.164.043	06	851	7,62	
	Santa Catarina – SC	6.634.254	03	605	9,12	
<b>Brasil</b>		<b>201.032.714</b>	<b>167</b>	<b>25.988</b>	<b>12,93</b>	

Fonte: Coordenação de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DAPES/SAS/MS e Datasus.

Objetivamente, comparando as tabelas 5 e 6, verifica-se que houve de 2006 para 2014, uma redução de 61 unidades hospitalares, 14.954 leitos em hospital psiquiátrico, representando um total efetivo, considerado o aumento populacional, de 41,83% de leitos reduzidos nestes 8 anos. Destaca-se, contudo, que houveram unidades da federação em que ocorreu um aumento no número absoluto de leitos em hospital psiquiátrico: Distrito Federal – 11 leitos, mas com redução efetiva de 3,84% no número de leitos por 100.000 habitantes; Mato Grosso – 85 leitos; e Acre – 12 leitos.

<sup>15</sup> Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de estimativas da população residente no Brasil e nas Unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2013.

Há ainda que se ponderar que existem unidades da federação sem cobertura hospitalar, todas localizadas na região Norte do país: Amapá; Rondônia; Roraima e Tocantins. Considerando que esses estados dispõem de pouca ou nenhuma cobertura nos SRT e nos CAPS, verifica-se aí uma desassistência no atendimento em saúde mental.

### **3.3. Organização dos Serviços de Acolhimento Institucional: A letra da Lei: normas e regulamentações**

De acordo com a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011) a gestão das ações na área da política pública de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Os Serviços de Acolhimento Institucional integram a Proteção Social Especial de Alta Complexidade – PSE/AC do SUAS. Uma de suas regulamentações é a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, aprovada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS nº 109, de 11 de novembro de 2009, na qual há uma detalhada descrição de como deve ser ofertado e executado os serviços socioassistenciais. Para o presente trabalho, trataremos especificamente do detalhamento do Serviço de Acolhimento Institucional, que se configura como acolhimento provisório com estrutura para acolher com privacidade pessoas do mesmo sexo ou grupo familiar.

A referida Tipificação especifica que o Serviço de Acolhimento Institucional deve ser ofertado em unidades distribuídas em espaço urbano, de forma democrática, respeitando o direito de permanência e usufruto da cidade com segurança, igualdade de condições e acesso aos serviços públicos.

Elucida ainda que o Serviço de Acolhimento Institucional pode ser categorizado nas seguintes modalidades: 1) Abrigo Institucional; 2) Casa-Lar; 3) Casa de Passagem; 4) Residência Inclusiva.

Como a presente pesquisa realiza um estudo de caso na Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias – UNAF/Areal e essa unidade configura-se como um Abrigo Institucional, preocupamo-nos em apresentar a regulamentação e a normativa legais sobre esse tipo de equipamento.

No texto de orientação para o reordenamento do serviço de acolhimento para população adulta e famílias em situação de rua publicado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, em 2014, há a descrição do serviço de acolhimento em Abrigo Institucional:

Unidade que oferece acolhimento provisório, inserida na comunidade, com características residenciais, e que proporcione ambiente acolhedor e respeite as condições de dignidade dos seus usuários. Deve ofertar atendimento individualizado e especializado, com vistas a conhecer a história da pessoa que está sendo atendida. É importante também que sejam realizadas abordagens coletivas a fim de favorecer o fortalecimento de vínculos sociais, comunitários e familiares. (BRASIL: MDS, 2012)

Essa unidade tem como público alvo:

Pessoas adultas ou grupo familiar com ou sem crianças, que se encontram em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou ainda pessoas em trânsito e sem condições de autossustento.  
(...)  
Crianças e adolescentes (de 0 a 18 anos incompletos) só poderão ser atendidos neste serviço acompanhados dos pais e/ou responsáveis. (*idem*)

Ainda segundo o texto orientação para o reordenamento do serviço de acolhimento para população adulta e famílias em situação de rua cada unidade de abrigo institucional deve ter sua capacidade de atendimento limitada há 50 pessoas. Seu funcionamento deve ocorrer de forma ininterrupta, ou seja, 24 horas por dia, com uma recomendação de que se mantenham horários flexíveis para entrada e saída das pessoas acolhidas, segundo suas necessidades.



Há também uma recomendação quanto ao tempo de permanência em unidade de Abrigo Institucional: 6 meses. Contudo existe a sugestão de que este período seja relativizado, sendo necessária a avaliação da equipa de especialistas responsável pelo acompanhamento do acolhido, no sentido de garantir a proteção dos indivíduos, bem como o desenvolvimento de suas potencialidades para a superação da situação de vulnerabilidade que o levou a demandar o acolhimento institucional.

Os textos oficiais do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, estabelecem ainda que:

Todos os Serviços de Acolhimento devem fornecer aos usuários kits de higiene pessoal como, por exemplo: creme e escova dental, shampoo e condicionador, sabonete. Observando especificidades de kits para homens e mulheres. É necessário o fornecimento de roupas de cama, banho e o que mais se julgar necessário. (BRASIL: MDS, 2009)

São características essenciais dos espaços físicos para a realização o Serviço de Acolhimento Institucional:

- ✓ Quarto: 4 pessoas por quarto com espaço suficiente para acomodar camas e armários para guarda de pertences de forma individualizada.
- ✓ Cozinha: Espaço suficiente para a organização dos utensílios e preparação dos alimentos para o número de usuários.
- ✓ Sala de Jantar / Refeitório: Espaço equipado para acomodar os usuários a cada refeição (este espaço também poderá ser utilizado para outras atividades).
- ✓ Banheiro: Espaço com 1 lavatório, 1 sanitário e 1 chuveiro para até 10 pessoas. Ao menos um banheiro deve ser adaptado para Pessoa com Deficiência.
- ✓ Área de Serviço: Lavanderia equipada para lavar e secar roupas dos usuários e de uso comum do serviço.
- ✓ Sala para equipe técnica: Sala equipada para acomodação da equipe técnica do serviço e com estrutura para o desempenho do trabalho.
- ✓ Sala para coordenação e administrativo: Sala com espaço e mobiliário suficiente para a acomodação da equipe administrativa e coordenação (deve-se ter área reservada para guarda de prontuário, garantindo segurança e sigilo). (BRASIL: MDS, 2012)

A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais apresenta como objetivos do Serviço de Acolhimento Institucional:

Objetivos Gerais:

- Acolher e garantir proteção integral;

- Contribuir para a prevenção do agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos;
- Restabelecer vínculos familiares e/ou sociais;
- Possibilitar a convivência comunitária;
- Promover acesso à rede socioassistencial, aos demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e às demais políticas públicas setoriais;
- Favorecer o surgimento e o desenvolvimento de aptidões, capacidades e oportunidades para que os indivíduos façam escolhas com autonomia;
- Promover o acesso a programações culturais, de lazer, de esporte e ocupacionais internas e externas, relacionando-as a interesses, vivências, desejos e possibilidades do público.

Objetivos Específicos para adultos e famílias:

- Desenvolver condições para a independência e o auto-cuidado;
- Promover o acesso à rede de qualificação e requalificação profissional com vistas à inclusão produtiva. (BRASIL: MDS, 2009)

Existe também um documento que normatiza o quantitativo mínimo de trabalhadores necessários para execução dos Serviços Socioassistenciais, a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB/RH SUAS. A saber:

Atendimento em Pequenos Grupos (abrigo institucional, casa-lar e casa de passagem):

- I. Equipe de referência para atendimento direto:
  - Coordenador - nível superior ou médio: 1 profissional referenciado para até 20 usuários acolhidos em, no máximo, 2 equipamentos.
  - Cuidador - nível médio e qualificação específica: 1 profissional para até 10 usuários, por turno. A quantidade de cuidador por usuário deverá ser aumentada quando houver usuários que demandem atenção específica (com deficiência, com necessidades específicas de saúde, pessoas soropositivas, idade inferior a um ano, pessoa idosa com Grau de Dependência II ou III, dentre outros). Para tanto, deverá ser adotada a seguinte relação: a) 1 cuidador para cada 8 usuários, quando houver 1 usuário com demandas específicas; b) 1 cuidador para cada 6 usuários, quando houver 2 ou mais usuários com demandas específicas.
  - Auxiliar Cuidador – nível fundamental e qualificação específica: 1 profissional para até 10 usuários, por turno. A quantidade de cuidador usuário deverá ser aumentada quando houver usuários que demandem atenção específica (com deficiência, com necessidades específicas de saúde, pessoas soropositivas, idade inferior a um ano, pessoa idosa com Grau de Dependência II ou III, dentre outros). Para tanto, deverá ser adotada a seguinte relação: a) 1 auxiliar de cuidador para cada 8 usuários, quando houver 1 usuário com demandas específicas; b) 1 auxiliar de cuidador para cada 6 usuários, quando houver 2 ou mais usuários com demandas específicas.
- II. Equipe de Referência para atendimento psicossocial, vinculada ao órgão gestor:
  - Assistente Social - nível superior: 1 profissional para atendimento a, no máximo, 20 usuários acolhidos em até dois equipamentos da alta complexidade para pequenos grupos.
  - Psicólogo - nível superior: 1 profissional para atendimento a, no máximo, 20 usuários acolhidos em até dois equipamentos da alta complexidade para pequenos grupos. (BRASIL: MDS, 2011)

Por fim, o MDS, acredita que é fundamental articular benefícios, projetos, programas e serviços da Política de Assistência Social, bem como de outras políticas, a fim de promover atenção integral à população em situação de desabrigo, consideram que esses indivíduos tiveram uma vida marcada pela negação de direitos e que a oferta desse Serviço de Acolhimento Institucional, quando realizado com primazia pode contribuir para a redução das violações dos direitos socioassistenciais, seus agravamentos ou reincidência. Prevê-se também a redução da presença de pessoas em situação de rua e de abandono; a (re)construção da autonomia dos indivíduos; a criação de oportunidades de acesso às políticas públicas; e o rompimento do ciclo da violência doméstica e familiar, quando for o caso.

Afirma-se, portanto que este novo olhar voltado para as pessoas em situação de rua busca romper com a lógica segregacionista, assistencialista e higienista construída historicamente, onde essas pessoas não eram tratadas com dignidade, depositadas em galpões superlotados, locais fétidos, escuros, e sem o mínimo de conforto.

### **3.4. A experiência do Distrito Federal: O acolhimento institucional**

Atualmente os Serviços de Acolhimento Institucional para adultos no Distrito Federal são realizados em 3 unidades públicas: 1) Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias – UNAF/Areal; 2) Unidade de Acolhimento para Idosos – UNAI; e 3) Unidade de Acolhimento para Mulheres – UNAM.

Existem, também 200 vagas de acolhimento realizadas em unidades conveniadas com Associação Casa Santo André, instituição sem fins lucrativos, denominada Organização Não Governamental – ONG. Essa instituição recebe

financiamento público para executar o Serviço de Acolhimento Institucional para adultos. Atualmente dispõe de unidades situadas no Gama, em Sobradinho e em Ceilândia, e distribui seu acolhimento em diferentes perfis: Acolhimento Feminino, para mulheres solteiras, ou com crianças com idade inferior a 6 anos; Acolhimento Familiar, para mulheres com filhos com idade superior a 6 anos e casais com ou sem filhos; Acolhimento Masculino, para homens com idade entre 18 e 65 anos.

Como o foco dessa pesquisa centra-se na UNAF/Areal, faremos um detalhamento mais aprofundado das características dessa unidade.

A UNAF/Areal foi fundada em 15 de setembro de 1990, sob o nome de Centro de Apoio Social de Taguatinga. Em sua história já teve capacidade de atendimento de até 720 pessoas. Contudo, segundo dados fornecidos oficialmente pela Secretaria de Estado gestora da Assistência Social no Distrito Federal, entre 2013 e 2015 sua capacidade de acolhimento foi:

**Tabela 7 – Capacidade de atendimento UNAF/Areal 2013/2015.**

Ano	Público atendido	Capacidade	Observações
2013	Homens Desacompanhados	257 vagas	--
	Famílias	22 vagas	Até 05 pessoas
	<b>Total de vagas</b>	<b>367 pessoas</b>	
2014	Homens Desacompanhados	129 vagas	--
	Famílias	22 vagas	Até 05 pessoas
	<b>Total de vagas</b>	<b>229 pessoas</b>	
2015	Homens Desacompanhados	108 vagas	--
	Famílias	08 vagas	Até 06 pessoas
	<b>Total de vagas</b>	<b>156 pessoas</b>	

Fonte: Memorando nº139/2016 – CPSE (Anexo 4)

A redução de vagas de acolhimento na UNAF/Areal segue o intento de adequar-se à normativa federal, de forma gradativa e sem prejudicar o atendimento oferecido, ou seja, a redução de vagas deve estar atrelada a abertura de novas unidades de acolhimento.

Atualmente a Unidade é organizada em diferentes setores, a saber: Coordenação Geral; Coordenação Técnica; Equipa Técnica Especializada; Setor de Acolhimento; Recepção; Núcleo de Documentação e Arquivo; Equipa de Apoio; Posto Avançado; Almoxarifado; Guarda-Volumes; Setor Administrativo; e Núcleo de Atenção à Saúde.

A UNAF/Areal dispõe, em seu espaço físico, de quartos com capacidades diferenciadas de acomodação, variando de 4 a 6 pessoas por quarto, não existem armários ou cacifos para o armazenamento dos pertences pessoais nesse ambiente; para a guarda dos pertences dos acolhidos existe um guarda-volumes, que fica aberto em horário diurno, no qual o acolhido entrega seus pertences para armazenamento. Contudo, como o acesso a esse setor não é ininterrupto, recomenda-se aos acolhidos que se responsabilizem por pertences de uso diário, ainda que não exista um local para sua guarda.

A unidade dispõe de uma cozinha equipada para o preparo de alimentos, mas, atualmente, a alimentação não é preparada na unidade. O alimento é preparado em instalações externas, por uma empresa alimentícia contratada pelo Governo do Distrito Federal – GDF, especificamente para fornecer a alimentação das unidades públicas vinculadas à Secretaria de Estado gestora da Assistência Social. São disponibilizadas 3 refeições diárias para todos os acolhidos: Pequeno Almoço, Almoço e Jantar. Aqueles que apresentem alguma condição especial, como mulheres gestantes ou lactante, crianças, idosos ou pessoas que fazem uso de medicação, podem solicitar uma alimentação adicional, disponibilizada no período noturno, após o horário do jantar. Existe um grande refeitório, local em que os acolhidos estão autorizados

a realizar suas refeições. Refeições são disponibilizadas fora desse espaço somente quando o acolhido não puder deslocar-se até o refeitório.

Há uma área para higiene pessoal, separada para homens e mulheres, com sanitas e chuveiros. Disponibiliza-se, mesmo que fora das especificações da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT acessibilidades as casas de banho para pessoa com deficiência.

A Área de Serviço oferece um espaço para lavagem de roupas dos acolhidos, de forma manual, independente e autônoma. A secagem das roupas é feita de forma improvisada, normalmente em espaços próximos aos dormitórios para possibilitar a vigilância dos pertences e evitar furtos.

A equipa de especialistas dispõe de um espaço para atendimento e acompanhamento individualizado dos acolhidos. Em quase todas essas salas existe um computador com acesso à internet. Na unidade existe uma coordenação geral e uma coordenação técnica, ambas dispões de sala própria. Há ainda, para garantir o atendimento logístico e administrativo da unidade: um almoxarifado geral; um setor de acolhimento inicial/ recepção; dois arquivos para guarda de prontuários; sala de audiovisual; sala para atividades coletivas; e uma sala que acomoda o Núcleo Atenção à Saúde.

As pessoas acolhidas devem receber material de higiene pessoal e para lavagem de roupas; roupas limpas e calçados; além de um colchão e cobertores. Fato que não se corrobora no dia a dia da instituição. A compra desses materiais está prevista no orçamento anual da Secretaria Estadual gestora da Assistência Social, contudo o processo de compra perpassa uma

licitação<sup>16</sup>, que é um processo moroso e burocrático, acarretando na constante indisponibilidade de materiais, fato que compromete a acolhida, em especial na falta de colchões e cobertores.

Uma pessoa pode solicitar acolhida na Unidade de forma espontânea ou pode ser encaminhada pela Rede Socioassistencial<sup>17</sup>, por órgãos de outras políticas públicas e por órgãos de defesa de direitos. Por ser uma Unidade que funciona 24 horas por dia, o primeiro atendimento para acolhimento poderá acontecer a qualquer hora do dia ou da noite.

Recomenda-se que a pessoa que solicita acolhimento na UNAF/Areal apresente um documento de identificação no momento da acolhida inicial, tais como:

- Para Cidadãos Brasileiros: Documento original com foto:
  - Carteira de Identidade (RG – Registro Geral Brasileiro); ou
  - Carteira de Trabalho; ou
  - Carteira Nacional de Habilitação – CNH; ou
  - Certificado de Alistamento Militar; ou
  - Carteira Profissional de Classe.
- Para pessoas estrangeiras:
  - Passaporte atualizado; ou
  - Documentação expedida pela Polícia Federal do Brasil que ateste situação regular no país;

---

<sup>16</sup> Licitação é o procedimento administrativo formal para contratação de serviços ou aquisição de produtos pelos entes da Administração Pública direta ou indireta. No Brasil, para licitações por entidades que façam uso da verba pública, o processo é regulado pelas leis 8.666/1993 e 10.520/2002.

<sup>17</sup> A Rede Socioassistencial é composta prioritariamente pelos Centros de Referência de Assistência Social – CRAS; Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, Centros de Referência Especializados para População em Situação de Rua – Centros Pop e demais equipamentos vinculados à política pública de assistência social.

- Para crianças e adolescentes, os pais ou responsáveis legais devem apresentar:

- Certidão de nascimento; ou
- Carteira de Identidade (RG – Registro Geral Brasileiro).

Contudo a falta de uma documentação não é impeditiva para a acolhida, a pessoa é encaminhada à Delegacia de Polícia mais próxima para registrar um Boletim de Ocorrência por extravio ou furto de documentos pessoais. Posteriormente a equipa da Unidade presta orientações e informações para que o acolhido possa dispor de condições para providenciar nova documentação.

A equipa de Especialistas em Assistência Social propôs em 2012 a confecção de uma cartilha para auxiliar o acolhido na compreensão do funcionamento e das normas da UNAF/Areal, constrói-se aí O Manual do Acolhido (Anexo 5), contudo não houve uma aprovação formal do órgão gestor para uso desse documento junto aos acolhidos, assim a equipa repassa as normativas da unidade apenas de forma verbal aos acolhidos. Contudo, optamos por utilizar o texto desse manual para explicitar o funcionamento da UNAF/Areal, uma vez que o mesmo traz o reflexo das atividades da unidade. Existem, portanto, algumas normas no intuito de assegurar o melhor funcionamento e organização do serviço oferecido aos acolhidos, a saber:

- Horários de entrada (retorno) na Unidade para as pessoas que já estão acolhidas:

- Entre às 6h30 e às 08h00;
- Entre às 11h30 e às 13h00;
- Entre às 17h30 e às 19h00;



- Entre às 21h e às 22h.
- Horários em que são servidas as refeições:
  - Pequeno almoço – entre às 07h00 às 08h00;
  - Almoço – entre às 12h00 e às 13h00;
  - Jantar – entre às 18h00 e às 19h00;
  - Lanche Noturno – entre às 21h00 e às 22h00 (somente para idosos, crianças, adolescentes, mulheres gestantes ou lactantes, e pessoas que fazem uso de medicação, apresentada a prescrição médica).
- Horário de acesso à sala de áudio e vídeo:
  - Entre às 08h00 e às 22h00 (para utilização desses equipamentos após às 22h00, é necessária autorização prévia da coordenação).
- Horário de levantamento do acolhimento nos alojamentos:
  - Às 22h00 – Diariamente uma equipa da Unidade realiza uma contagem noturna das pessoas que irão pernoitar nos quartos.
- Saída da Unidade: em qualquer horário.
- Horário de funcionamento dos Cacifos (Guarda-Volumes):
  - Entre às 07h00 e às 11h30;
  - Entre às 14h00 e às 18h30.

Para além dos horários o Manual do Acolhido tem seções em que são descritos os direitos, deveres e tarefas diárias dos acolhidos:

- Direitos:
  - Conhecer o nome, a função e o número mecanográfico de quem o atende;
  - Receber escuta qualificada de suas demandas com Especialista em Assistência Social de referência;

- Ser informado sobre o funcionamento da Unidade, suas normas e regras;
  - Ter acesso a local para guardar seus pertences, com a garantia de acesso de acordo com as regras e com os horários de funcionamento da Unidade;
  - Ser acolhido junto a sua família;
  - Ter acesso à alimentação;
  - Receber kit de higiene básico (escova e creme dental, sabonete, sabão em barra para lavar roupa, toalha, desodorante, colchão e cobertor);
  - Em casos de urgência e emergência de saúde, ser encaminhado para acompanhamento médico hospitalar.
- Deveres:
    - Respeitar os servidores, prestadores de serviço e demais acolhidos da Unidade;
    - Cumprir com as normas e horários da instituição;
    - Preservar o espaço físico e equipamentos da Unidade;
    - Comparecer aos atendimentos agendados e comprometer-se com os objetivos do Plano Individual de Atendimento – PIA;
    - Limpar e cuidar dos pertences que são oferecidos para seu uso pessoal, bem como lavar suas próprias roupas;
    - Cuidar dos seus pertences pessoais.
  - Tarefas diárias:
    - Fazer a cama assim que levantar;
    - Fazer a limpeza do seu quarto;

- Tomar banho e lavar os dentes;
- Contribuir para a preservação e a limpeza geral da Unidade;
- Contribuir para a preservação e a limpeza dos banheiros;
- Lavar e pendurar roupas no estendal, e vigiar os seus pertences;
- Guardar seus pertences em local apropriado;
- Após as refeições, descartar restos de comida e guardar a louça e os talheres em local apropriado.

Os acolhidos devem seguir às normas de convívio para que a sua permanência na UNAF/Areal seja assegurada. Quando uma regra da Unidade é descumprida, um dos trabalhadores, preferencialmente o que presenciou a violação da norma, fará o registro em uma ocorrência interna e encaminhará o caso para avaliação da equipa de Especialistas em Assistência Social para aplicação das possíveis e necessárias providências.

Cada violação é analisada de forma individualizada e atenta-se às particularidades do indivíduo que a cometeu. O caso é avaliado para a aplicação das penalidades que variam de uma advertência escrita à suspensão do acolhimento, podendo ser acionados órgão de segurança civil se a violação das normas coincidir com uma violação legal, como tráfico de drogas. O período de suspensão pode variar de três à vinte e quatro meses. Cabe ressaltar que nenhuma situação pressupõe suspensão do acolhimento de forma vitalícia.

Em linhas gerais a UNAF/Areal configura-se enquanto um equipamento para suporte às situações de desabrigo, com intuito de construir junto aos seu acolhidos, uma oportunidade para superação da vulnerabilidade que o levou a demandar o serviço.

## **Capítulo 4**

### **4. Estudo de Caso – UNAF/Areal**

#### **4.1. O Problema do Abandono da Pessoa com Transtorno Mental**

Trabalhar com os sem abrigo é, essencialmente, lidar com indivíduos marginalizados: aqueles que não se sentem parte de um núcleo familiar ou comunitário; aqueles que não dispõem de meios financeiros mínimos para o auto sustento; aqueles anômalos às normas de conduta aceitas como correta pela sociedade; aqueles que não se percebem enquanto cidadão e não compreendem que são detentores de direitos civis, sociais e políticos; em suma, é trabalhar com os abandonados.

A pesquisa se insere nesse cenário, uma vez que a investigadora é Especialista em Assistência Social – EAS: Assistente Social; trabalhadora do Governo do Distrito Federal – GDF, com vínculo com a Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Distrito Federal – SEDESTMIDH; secretaria responsável pela gestão da política pública de assistência social no DF. Atualmente, atua profissionalmente na Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias – UNAF/Areal; abrigo institucional apresentado anteriormente.

Em seu fazer profissional a investigadora vê-se imersa em histórias de vida fragilizadas e vulneráveis, contudo há aquelas que se destacam devido a um fator de agravo que acolhido apresenta: o transtorno mental. Assim nasce a ideia da pesquisa, quando se percebe um número significativo de indivíduos com essa característica no interior da UNAF/Areal. Busca-se, então,

compreender quem são essas pessoas, por que elas estão em situação de desabrigo e se existem alternativas para uma acolhida segura e responsável.

A pesquisa se divide em três etapas: 1) coleta de dados quantitativos de acolhidos da UNAF/Areal encaminhados para atendimento psiquiátrico; 2) Entrevistas na UNAF/Areal, com as Especialistas em Assistência Social – Assistentes Sociais, Psicólogas e Educadoras Sociais; 3) Entrevistas no Hospital São Vicente de Paula – HSVP e no Instituto de Saúde Mental – ISM, com os Especialistas em Saúde – Assistentes Sociais. Todas as etapas têm como intento compreender o cenário do acolhimento institucional de pessoas com transtorno psiquiátrico no Distrito Federal, considerando as normativas e portarias decorrentes da publicação da Lei Paulo Delgado, e ponderando a possibilidade de fragilização dos vínculos familiares e comunitários que uma pessoa com transtorno mental está sujeita.

#### **4.2. Dados do Acolhimento Institucional na UNAF/Areal**

Conforme explicitado anteriormente a coleta de dados que sustenta o presente trabalho foi realizada no interior de uma unidade pública de assistência social do Distrito Federal, que presta o Serviço de Acolhimento Institucional. Investigação instigada pelo atuar profissional da pesquisadora no dia a dia de trabalho, enquanto EAS – Assistente Social, quando se percebe que uma parte significativa do público atendido na UNAF/Areal apresenta um discurso alterado, algum tipo de delírio, ou sinais de demência, que demandaria um acompanhamento específico na área de saúde, em particular na saúde mental.

Conforme apresentado anteriormente a UNAF/Areal configura-se enquanto um albergue público, de acolhimento especializado a adultos e famílias, brasileiros ou estrangeiros, que se encontrem em situação de desabrigo temporário ou crônico, a fim de evitar o agravo das situações de violências e/ou outras violações de direitos; favorecendo a (re)integração familiar ou comunitária e fortalecendo a autonomia dos indivíduos atendidos.

Essa unidade dispunha, quando da recolha de dados, de uma equipa atuante composta por dez Especialistas em Assistência Social – EAS, sendo cinco Assistentes Sociais, quatro Psicólogas e uma Educadora Social, além de um coordenador técnico e um coordenador geral, também Psicólogos. Sendo essa a equipa que é a responsável pelo atendimento e acompanhamento especializados das pessoas acolhidas na unidade. Há também uma equipa de suporte logístico e administrativo composta por servidores públicos (Técnico em Assistência Social: agentes sociais, agentes administrativos e cuidadores sociais; e Auxiliar em Assistência Social) e trabalhadores terceirizados (segurança e vigilância patrimonial; conservação e limpeza; e entrega e distribuição alimentícia).

Segundo as informações coletadas, por norma interna, as pessoas acolhidas podem permanecer na unidade por um período até 90 dias, ocasião em que se constrói, entre a referida equipa de especialistas e o acolhido, um Plano Individual de Atendimento – PIA, com o intuito de criar as condições necessárias para a superação da situação que o levou a demandar o acolhimento institucional.

AS EAS relatam que esse tempo de acolhimento pode ser relativizado, quando for percebido uma situação excepcional, em que, para a superação da

condição de acolhimento e a construção da autonomia do indivíduo, são demandadas intervenções mais elaboradas e complexas. Como é o caso de pessoas com transtorno psiquiátrico.

#### **4.3. UNAF/Areal – Encaminhamentos para atendimento psiquiátrico**

No intuito de compreender o cenário que se constrói a acolhida de pessoas com transtornos psiquiátricos na UNAF/Areal procedeu-se uma coleta de dados entre os anos 2013 e 2015, com o objetivo de identificar e mensurar o quantitativo de pessoas encaminhadas para atendimento psiquiátrico acolhidas na unidade.

Uma vez que a UNAF/Areal não é um equipamento público da política de saúde, mas uma unidade de acolhimento institucional para pessoas adultas em situação de vulnerabilidade social, não há um instrumental específico para identificação dos casos de transtorno mental, pois, em última análise, não seria esse o público de atendimento da unidade.

Sabendo que a UNAF/Areal tem mais de 25 anos de história, inaugurado em 15 de setembro de 1990, e dispõem um arquivo com aproximadamente 35mil prontuários com os registros dos atendimentos, optou-se por avaliar os encaminhamentos feitos pela equipa de Especialistas em Assistência Social ao Núcleo de Atenção à Saúde<sup>18</sup>, bem como os receituários de controle especial de medicamentos disponibilizados para controle naquele núcleo, uma vez que o tempo hábil para a pesquisa não possibilitaria a leitura

---

<sup>18</sup> O Núcleo de Atenção à Saúde é uma estrutura criada no interior da UNAF/Areal para organizar as demandas em saúde que os acolhidos apresentam. Não é composto por profissionais da área de saúde, mas por Técnicos em Assistência Social ou Auxiliares em Assistência Social, que se dispõe a lidar com os contatos e com os encaminhamentos necessários para garantir o acesso dos acolhidos aos serviços públicos de saúde, sempre que necessários.

de todos os prontuários com atendimentos nos anos investigados. A intenção era de averiguar quem são os acolhidos encaminhados para atendimento psiquiátrico e quantos desses efetivamente passam por acompanhamento psiquiátrico.

As EAS da unidade elucidam que existe uma parceria entre a UNAF/Areal e o Hospital São Vicente de Paulo – HSVP (Hospital Psiquiátrico de Brasília); parceria essa que disponibiliza um médico psiquiatra para atendimento das pessoas acolhidas na UNAF/Areal e nas demais unidades de acolhimento institucional do DF (públicas e conveniadas). Esse atendimento acontece semanalmente, às sextas-feiras, no período vespertino, na sala do Núcleo de Atenção à Saúde.

Nós temos uma parceria, né. Que é com o Dr. N<sup>19</sup>, psiquiatra, que atende uma vez por semana. A gente começou de uma maneira voluntária, no início ele veio de uma maneira voluntária. Depois, hoje ele já está, vem pela própria instituição que trabalha, que já cede esse horário da tarde para atender esses pacientes nossos. Normalmente fazemos um trabalho em conjunto, quando a gente percebe que a pessoa tem algum tipo de transtorno. A gente faz um trabalho em conjunto com a psicologia, e juntos, a gente faz o encaminhamento dele (*o acolhido*)<sup>20</sup>, num primeiro momento, para o Dr. N. (Entrevistado 005)

Segundo as EAS essa parceria foi construída com base na demanda que as unidades de acolhimento institucional apresentam ao HSVP, e assim construiu-se como uma estratégia para facilitar o atendimento desses indivíduos e evitar o ambiente hospitalar.

Os encaminhamentos para atendimento psiquiátrico ocorrem quando é identificado um acolhido com comportamento ou discurso desconexo e a Especialista em Assistência Social de referência decide, em conjunto com o

---

<sup>19</sup> Optou-se por não colocar o nome do médico que atende junto à UNAF/Areal, para garantir a sua confidencialidade.

<sup>20</sup> Acréscimos de texto à fala do entrevistado 005 para facilitar a compreensão.



acolhido, que é importante o acompanhamento por um médico. Cabe ressaltar que é indispensável que o acolhido esteja de acordo com o encaminhamento, uma vez que não existe obrigatoriedade no atendimento médico, apenas sugestão.

Porque nós não podemos obrigar ele a ser atendido pelo médico. (...) Tem alguns que são conscientes, que sabem explicar que sem o remédio eles podem surtar, e fazem e acontecem. (...) Alguns a gente consegue, encaminhar para o acompanhamento psiquiátrico. Mas outros... (Entrevistado 006)

é opção dele, ele é que faz essa escolha. Se a gente identifica, a gente orienta, a gente sugere. Quando, aqui na intervenção, a gente vê que a pessoa tem alguma problemática com relação a isso (*transtorno psiquiátrico*)<sup>21</sup> a gente fala com ele, mas a gente tem alguns pacientes que não reconhecem a problemática e não querem a intervenção médica. (Entrevistado 008)

Durante a coleta de dados em prontuários foram percebidas três distintas situações: 1) Indivíduo com registro em prontuário e encaminhamento para atendimento psiquiátrico; 2) Indivíduo encaminhado para atendimento psiquiátrico, mas sem possibilidade de identificação do prontuário (por erro de grafia do nome, ou múltiplos nomes homônimos), ou prontuário não localizado no arquivo; 3) Indivíduo encaminhado para atendimento médico, com registro de solicitação de psicofármaco, mas sem registro, no prontuário, de acolhimento institucional na UNAF/Areal no ano de emissão da prescrição médica.

Entre esses três grupos verificamos também outras três distintas categorias: 1) Indivíduos com prescrição de psicofármaco; 2) Indivíduos que solicitam atendimento psiquiátrico por situação de toxicodependência e/ou alcoolismo; 3) Indivíduos encaminhados para atendimento psiquiátrico que não aderiram ao encaminhamento do PIA.

---

<sup>21</sup> Acréscimo ao texto do entrevistado 008 para facilitar a compreensão.

Apresentamos na tabela a seguir os dados desses encaminhamentos, separados entre os anos pesquisados e com uma distinção de identificação de gênero (Homens – H, Mulheres – M, Travestis ou Transexuais – T):

**Tabela 8 – Acolhidos encaminhados para atendimento psiquiátrico (2013 a 2015)**

Prontuários		2013			2014			2015		
		H	M	T	H	M	T	H	M	T
Localizados	Uso de Psicofármaco	52	11	1	47	3	0	45	7	0
	Uso de Álcool e/ou outras Drogas	33	2	0	27	0	0	7	0	0
	Encaminhamento sem adesão	151	23	1	96	13	0	41	1	0
	<b>Total</b>	<b>236</b>	<b>36</b>	<b>2</b>	<b>170</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>93</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
Não Localizados ou Não Identificados	Uso de Psicofármaco	7	1	0	1	0	0	2	0	0
	Uso de Álcool e/ou outras Drogas	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Encaminhamento sem adesão	2	0	0	0	0	0	5	0	0
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Receita médica sem registro em prontuário	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>		<b>247</b>	<b>37</b>	<b>2</b>	<b>173</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>101</b>	<b>8</b>	<b>0</b>
<b>Total de Acolhidos</b>		<b>286</b>			<b>190</b>			<b>109</b>		

Fonte: Prontuários e encaminhamentos da UNAF/Areal

Evidencia-se que em 2013 houve uma adesão aos encaminhamentos em apenas 38,12% dos casos; desses 12,59% fazem referência aos acolhidos com problemas de toxicod dependência e/ou alcoolismo e 25,53% aos acolhidos que demandam o uso de psicofármacos.

Em 2014 houve uma melhora no tocante à adesão aos encaminhamentos ao atendimento psiquiátrico, num total de 42,63% dos casos, sendo 14,21% de acolhidos com problemas de toxicodependência e/ou alcoolismo e 28,42% de acolhidos que demandam o uso de psicofármacos.

O melhor cenário se apresenta em 2015, dos encaminhamentos efetivados houve uma adesão em 56,88% dos casos, com um decréscimo significativo nos casos de pessoas com problemas de toxicodependência e/ou alcoolismo, somente 6,42% dos encaminhamentos; mas um aumento expressivo de acolhidos que demandam o uso de psicofármacos, 50,46%. Esse aumento pode se justificar com base numa reestruturação ocorrida no Núcleo de Atenção à Saúde que, em conjunto com o médico cedido pelo HSVP, passam a acompanhar de forma mais próxima as pessoas encaminhadas para atendimento, buscando explicitar melhor aos acolhidos o que é o atendimento em psiquiatria oferecido na unidade.

Ao longo dos anos pesquisados percebe-se uma crescente adesão aos encaminhamentos à psiquiatria, contudo ainda existe um número significativo de acolhidos que, mesmo tendo conversado com a EAS de referência e aceitado o encaminhamento para atendimento médico, não comparecem ao mesmo. Um dos motivos que podem justificar essa quebra no acompanhamento é a evasão da acolhida que será evidenciada na tabela a seguir.

Na tentativa de tentar compreender o que acontece com essas pessoas ao longo de sua acolhida, foram coletados, nos prontuários, dados sobre o tempo de permanência na unidade e motivo do desligamento.

Verificou-se que há casos de múltiplas solicitações de acolhimento ao longo de um ano. Em 2013 houve pessoas que solicitaram acolhida em até 7 momentos distintos ao longo do ano. Em 2014 isso se evidencia também, com pessoas requerendo acolhida em até 6 momentos diferentes. 2015 traz um cenário um pouco diferente, sendo 3 o máximo de acolhidas solicitada por uma mesma pessoa.

**Tabela 9 – Motivo do Desligamento (2013 a 2015)**

Motivo do Desligamento	2013							2014						2015		
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	1	2	3
Aluguel	4	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0
Casa de Recuperação	2	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Casa de Santo André	2	3	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
Descumprimento de Normas	17	8	4	2	2	0	0	19	3	1	1	1	1	16	5	0
Evasão	157	58	27	13	7	4	0	108	28	7	3	2	1	55	10	1
FALE	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ILPI	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Motivação Médica	3	1	0	0	0	0	0	3	2	1	0	0	0	0	0	0
Óbito	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Permanece na Unidade	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	0
Prazo Final	36	22	6	2	0	2	2	28	8	2	0	0	0	14	4	0
Prisão	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Reintegração Familiar	4	1	1	0	0	0	0	2	0	1	1	0	0	0	0	0
Trabalho	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
UNAI	3	3	2	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3	0	0
UNAM	8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Viagem	35	10	6	2	0	0	0	14	4	0	0	0	0	4	2	0
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>109</b>	<b>47</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>186</b>	<b>46</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>101</b>	<b>23</b>	<b>1</b>
<b>Total de Acolhimentos</b>	<b>469</b>							<b>257</b>						<b>125</b>		

Fonte: Prontuários e encaminhamentos da UNAF/Areal

Verifica-se que as razões para o desligamento dos acolhidos encaminhados para atendimento psiquiátrico com maior incidência em 2013,

são, respectivamente: a Evasão – 56,72%; o Prazo Final do período de acolhida – 14,93%; as Viagens – 11,30%; e o Descumprimento das Normas institucionais – 7,04%.

Em 2014 as maiores motivações para o desligamento mantêm-se as mesmas, sendo: a Evasão – 57,98%; o Prazo Final do período de acolhida – 14,79%; o Descumprimento das Normas institucionais – 10,12%; e as Viagens – 7,00%. Havendo apenas uma inversão de colocação entre as Viagens e o Descumprimento de Normas institucionais.

Em 2015 apresenta-se uma nova situação, a dos acolhidos que não foram desligados até o dia 31 de dezembro de 2015, data final da investigação. Ou seja, não havia desligamento a ser verificado uma vez que a pessoa permanecia em acolhimento institucional. Compreende-se, portanto: a Evasão – 52,80%; o Descumprimento das Normas institucionais – 16,80%; o Prazo Final do período de acolhida – 14,40%; Acolhidos que Permanecem na unidade – 7,20%; e as Viagens – 4,80%.

Para melhor compreensão do significado de cada uma dessas categorias, cabe uma breve explanação acerca de cada uma delas. Primeiramente, sobre as viagens; no Brasil, pessoas com renda familiar mensal per capita de até um salário mínimo, com deficiência física e/ou mental, podem requerer um benefício denominado Passe Livre Federal – PLF, que lhe dá direito de gratuidade nas passagens para viajar entre os estados brasileiros. Esse benefício não possui limitação de passagens. Assim seus beneficiários podem viajar livremente pelo país.

Um dos objetivos do PLF é tentar garantir acesso à tratamentos e serviços que não estão disponíveis na cidade em que as pessoas beneficiárias

residem, contudo há uma crítica a liberação desse benefício às pessoas com alguns tipos de transtorno psiquiátrico, uma vez que pode facilitar a saída do núcleo familiar, num momento de surto, e provocar o agravamento da situação de vulnerabilidade do indivíduo, conforme explicita um dos entrevistados:

tem aqueles que vem de um estado pro outro. Recente eu tenho dois casos desses, que saíram da sua cidade e vieram para cá. Com diagnóstico, com tratamento, com o nome do médico, com o nome da equipe que acompanha. (...) está tudo equivocado, porque nesse país ele tem um Passe Livre e ele anda o país inteiro, ele vai e volta, vai e volta, não tem restrição. (...) não se consegue fazer o acompanhamento médico em lugar nenhum que ele vai. (Entrevistado 007)

Uma outra categoria que se apresenta com grande dimensão, é a de Prazo Final, segundo o relato das EAS, o prazo final é determinado quando as intervenções realizadas com o acolhido, mais precisamente, quando o PIA está concluído, ou seja, findam-se as intervenções possíveis de serem realizadas dentro dos objetivos construídos por aquele acolhido.

E dentro do objetivo que ele veio, a gente tenta trabalhar aqui. Até porque realizamos um acolhimento temporário, ele não vai poder permanecer aqui. Não é residência. (Entrevistado 006)

Outro fator relevante é a questão das evasões, sendo esse o maior motivo de desligamento dos acolhidos com transtorno psiquiátrico. Há de se compreender que a UNAF/Areal é um equipamento para acolhimento institucional de adultos e famílias para evitar a situação de desabrigo, contudo esse acolhimento é voluntário, nenhuma pessoa é obrigada a entrar ou permanecer, ou seja, a qualquer momento uma pessoa pode informar que não gostaria de permanecer na unidade, ou mesmo sair sem informar nada.

Dessa forma, podemos afirmar que não é um ambiente protegido para o público em questão. Não se quer, aqui, dizer que deve haver a restrição da liberdade de ir e vir da pessoa com transtorno mental, mas sim que esse

público requer um acompanhamento diferente daquele que a UNAF/Areal oferece.

nosso público aqui é muito misto, aliás eu acredito que a nossa unidade é tipo mutante, pois só aqui que acontece esse tipo de coisa de misturar criança com homem adulto, jovens adultos, idosos, famílias, pessoal com transtorno mental, e a gente tem relatos de várias situações, vários tipos de ocorrências. Além de pessoas com deficiência física, também. (Entrevistado 009)

Tem alguns que tem sucesso, né, são atendidos. E tem outros que ele mesmo abandona, deixa a unidade. (...) Estão aí perdidos pelas ruas né, ou pelas rodovias, que a gente às vezes se depara com pessoas andando aí perdidas pela rodovia. (Entrevistado 003)

Ainda ponderando os maiores fatores que motivam o desligamento do público em análise, há o descumprimento de normas institucionais, que se caracteriza pela a apresentação de uma conduta social que coloca o indivíduo e/ou os demais acolhidos e/ou os trabalhadores da UNAF/Areal em uma situação de risco.

A análise dos prontuários possibilitou verificar, também, o tempo de acolhimento dessas pessoas. Em média os acolhidos com encaminhamento para atendimento psiquiátrico permaneceram 88 dias na unidade, em 2013, ocupando um total de 17,95% das vagas disponíveis para acolhimento durante aquele ano. Em 2014 o tempo médio do acolhimento reduz-se para 75 dias e a ocupação de vagas para 15,97%. No ano seguinte dá-se continuidade nesse processo de ocupação menor das vagas da UNAF/Areal, com uma média de 73 dias de acolhimento ocupando 12,94% das vagas disponíveis.

Apesar de, segundo a média, aparentar a que as pessoas permaneceram acolhidas segundo as normativas internas da unidade, do acolhimento não exceder um período de 90 dias, 12,58% dos acolhimentos de 2013 foram por um período inferior há dez dias, em 2014 esse percentual foi de 12,06% e em 2015 13,60% dos casos.

Há também acolhimentos que se estendem por mais de 150 dias, sendo 4,05% dos atendimentos de 2013. O maior acolhimento de pessoa com transtorno em 2013 foi de 1161 dias, tendo a pessoa solicitado acolhida em 2010 e permanecido na UNAF/Areal até o seu encaminhamento para a Unidade de Acolhimento para Idosos – UNAI, quando sua idade permitiu a transferência para um local que recebe um quantitativo menor de pessoas, e caracteriza-se com um ambiente mais protegido.

Em 2014, 4,67% dos acolhidos com transtorno mental permaneceram na unidade por um período superior há 150 dias, sendo o caso de maior acolhimento o de um Sr. que permaneceu na unidade por 425 dias e somente foi desligado por descumprir as normas internas ao expor-se nu em frente ao banheiro feminino, ou seja, de uma forma que impossibilitava a sua permanência de uma maneira segura, uma vez que outros acolhidos o ameaçaram de agressões físicas por não compreender que se tratava de uma pessoa com transtornos mentais.

No ano de 2015 o caso de maior acolhimento aconteceu por 621 dias, o atendimento foi iniciado em fevereiro de 2014 e só foi finalizado devido a evasão do acolhido. Nesse ano 6,40% das pessoas identificadas com transtorno mentais permaneceram na unidade por mais de 150 dias.

Ressalta-se que esses dados se referem somente àquelas pessoas que aceitam o encaminhamento para atendimento psiquiátrico, havendo muitos casos que não foram aqui computados, por que o acolhido se negou a passar por uma intervenção voluntária com o psiquiatra. Há casos em que a intervenção médica torna-se mandatária, quando do momento de surto, sendo realizada uma intervenção emergencial e um encaminhamento para o Hospital



São Vicente de Paula, dentre os anos pesquisados, somente 9 pessoas necessitaram de um encaminhamento desse tipo, uma delas em dois momentos distintos.

quando a pessoa entra em surto, por exemplo, a gente aciona o SAMU (*Serviço de Atendimento Móvel de Urgência*). Aí o SAMU encaminha para instituição (*Hospital São Vicente de Paula*)<sup>22</sup>. Dependendo do tipo de surto eu sei que ele fica interno dessa instituição até melhorar, depois, novamente, ele retorna para o albergue. (Entrevistado 008)

se ele tiver um surto, a gente já aciona o SAMU, para que o SAMU tome as providências. Por que aqui dentro da unidade, especificamente, não tem ninguém habilitado para lidar com a situação de transtorno. (Entrevistado 006)

#### **4.4. Entrevistas – A visão dos Especialistas em Saúde e em Assistência**

##### **Social**

Acreditamos que a melhor forma de compreender o cenário que estamos pesquisando é pelos olhos dos trabalhadores da área. Nos hospitais, os responsáveis pelas intervenções junto às famílias ou junto às unidades de acolhimento institucional são os Especialistas em Saúde - Assistentes Sociais.

O Instituto de Saúde Mental conta com uma equipa de 04 Assistentes Sociais e o Hospital São Vicente de Paulo com 05 desses profissionais além de 03 residentes em Serviço Social. Foram entrevistados somente os profissionais com vínculo efetivo, ou seja, os residentes não participaram da pesquisa. Por motivos pessoais, ou por afastamentos regulamentares, como férias ou licenças, somente foi possível entrevistar 05 desses 09 profissionais.

Essas unidades de saúde foram selecionadas pelo seu perfil de atendimento somente às pessoas com transtornos psiquiátricos e pelo porte. Cabe informar que no Distrito Federal o único hospital regional que dispões de

---

<sup>22</sup> Acréscimos de texto à fala do entrevistado 008 para facilitar a compreensão.

leitos psiquiátricos é o Hospital de Base, situado na Asa Sul, com a disponibilidade de 08 leitos.

No que tange a Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias – UNAF/Areal, optou-se por entrevistas todos os Especialistas em Assistência Social – EAS, pois sua intervenção é conjunta e similar, não havendo distinção ou restrição para a realização de encaminhamentos para atendimento psiquiátrico. À época da realização das entrevistas a UNAF/Areal contava com uma equipe atuante de 10 EAS, todas foram convidadas a participar do estudo, de forma voluntária, nove se dispuseram a conceder a entrevista, contudo, por motivos de saúde uma das EAS não pode finalizar sua participação.

Esses profissionais, da Saúde e da Assistência Social, têm perfis diversos, são homens e mulheres, entre 27 e 64 anos, todos concluíram a graduação, alguns possuem dupla graduação, outros possuem especializações e há aqueles que já concluíram cursos de mestrados. Assim apresentam-se diferentes atores que podem atuar juntos para a construção de um cenário: encontrar um lugar para o Louco, não qualquer Louco, mas aquele indivíduo com vínculos familiares e comunitários deveras corroído, aquele que não visualiza um espaço próprio para si, que não conta, de imediato com um suporte familiar, e não tem condições plenas de autonomia e auto-gestão. Então temos pessoas diversas para relatar, retratar e propor a construção de um espaço para uma acolhida desses que aqui chamamos de Loucos de Rua.

Iniciamos as entrevistas com a identificação de três conceitos básicos: Cidadania; Abandono; e Cidadania para a pessoa com Transtornos Psiquiátricos.

Amplamente os entrevistados compreendem Cidadania como acesso aos direitos e cumprimento dos deveres frente a sociedade, tendo garantida uma participação autônoma, eficiente e eficaz no meio social.

Cidadania é o direito da pessoa, integral, de exercer todas as funções necessárias para um desenvolvimento saudável na sua vida pessoal e comunitária. Enfim, é a autonomia de um modo geral, integral (Entrevistado 001)

É você poder se sentir parte, realmente poder atuar com, com efetividade, com eficácia no meio social (Entrevistado 004)

Cidadania para mim é uma forma de inserção no seu grupo que não te deixe margem dos processos decisórios (Entrevistado 011)

É a capacidade de exercer os seus direitos e deveres. Conviver em sociedade exercendo os seus direitos e os seus deveres, com autonomia (Entrevistado 012)

Contudo há um entrevistado que levanta a ideia de que existem níveis de cidadania:

Cidadania! Hoje em dia a gente discute muito, se for pensar nós, assistentes sociais, nas questões relacionadas a conceito de **cidadania plena, cidadania parcial, cidadania total**<sup>23</sup>, e por aí em diante como a gente conversa. Mas, cidadania para mim é até difícil de qualificar o nível dela. Se é uma cidadania que alcançou um patamar interessante ou não. Porque para mim cidadania ou é ou não é. Ou você exerce ou não exerce efetivamente. Não dá para ser meio cidadão, ter meio direito, ou você garantir uma coisa de forma parcial e achar que fez o seu serviço.

Se fosse pensar a grosso modo, como tudo mundo fala: exercício de direitos, deveres. Eu acho que não dá conta do conceito. Por que aí você pensa ser cidadão, você tem que ter participação. Acho que a primeira coisa que eu penso na cidadania é participação. Participação mesmo no sentido de decidir, de poder ponderar o que cabe a mim ou o que cabe ao entorno. Então eu posso ser cidadão e decidir coisas a meu respeito, mas também a respeito de outros que eu possa vir a ter interação.

Aí, cidadania para mim, você consegue contemplar um conceito de participação, de autonomia, até porque participação sem autonomia fica um pouco complicado. Se você participa de forma coagida você não está participando plenamente. Não olho para a cidadania como essa coisa de direitos e deveres alcançados ou não. Eu olho para a cidadania na perspectiva de autonomia, participação, de efetivar um direito.

Aí sim penso no direito. De ser cidadão no sentido de ter possibilidades e ter plenamente atendido algum direito que você tenha que requerer. Mas assim, fico nesse patamar de cidadania pensando com participação e autonomia. (Entrevistado 002)

---

<sup>23</sup> Grifos nossos

Em linhas gerais a percepção de cidadania que os entrevistados apresentam converge no somatório de três ideias: a garantia de acesso aos direitos, a participação em um meio social e a autonomia do indivíduo.

Outro conceito basilar é o de abandono, para esse termo não existe um consenso entre os entrevistados, alguns relacionaram o conceito à ausência da cidadania:

O abandono ele se dá quando a pessoa é incapaz de ter essa autonomia desejada, de exercer sua plena cidadania, pela incapacidade física ou mental, então se não tiver um outro ser que possa se responsabilizar por essa pessoa, ele estará abandonado. (Entrevistado 001)

É quando, esse usuário, no caso dos que a gente tem como foco aqui, não consegue acessar esses direitos, essas políticas, isso para mim é abandono. (Entrevistado 009)

Abandono. É quando são lesados esses direitos dessas pessoas. E que existe na Lei, mas não existe na prática. (Entrevistado 003)

Outros fazem a relação com as responsabilidades e as fragilizações do indivíduo, do Estado e da sociedade:

Abandono, é uma desresponsabilização. Significa que você teria algum compromisso com alguma coisa e você abriu mão disso ou se desresponsabilizou com esse compromisso que você teria, com alguém ou com algo. Ou até mesmo com você mesmo. (Entrevistado 012)

Eu acho que abandono é uma omissão daquela pessoa, da sociedade ou do estado quando deveria proteger e não protege. Eu acho que abandono é isso. Que pode ser da família, pode ser do estado e também da sociedade. (Entrevistado 013)

Abandono eu considero que está vinculado um pouco, principalmente, a realmente o esgarçamento de laços. Você está meio que solto, você está perdido, você está em desvantagem relacionada a alguém que está inserido numa dinâmica em que há relações produtivas, efetivas, uma coisa mais condensada e abandono remete muito a pensar em afeto também, né. Porque é assim, o que seria pensar o contra-ponto, não estar abandonado: seria estar inserido numa família, numa rede de estudos, numa rede de saúde, estar efetivamente sendo atendido. (...)

Porque se você está inserido em políticas públicas, você, de certa forma não está abandonado, mas se você pensar que a inserção na política não efetiva não é completa, então a própria política que visa não te abandonar te gera abandono. (...)

Aí, se você vai pensar em abandono em termos sociais. Eu já considero que seria aquilo que as políticas públicas não dão conta. Você não está inserido, aí já penso na inserção ou não em outra política. (Entrevistado 002)

Para o presente trabalho consideramos a categoria abandono em suas diversas facetas, que seria o somatório das ideias apresentadas pelos entrevistados. Engloba desde o abandono familiar, social e comunitário, que decorre da fragilização dos vínculos até o rompimento de laços e a rejeição; perpassando o abandono pessoal por incapacidade de auto-gestão e autonomia, que relega o indivíduo a uma dependência total ou relativa de um outro ou de um sistema, que estão ausentes; que nos leva ao contexto do abandono político, quando é negado um direito por incapacidade de gestão do Estado, ou seja, quando um indivíduo deixa de ter acesso às políticas públicas, por que não há capacidade de atendimento, ou não há o serviço e/ou condições para acessá-lo, ou ainda quando o indivíduo desconhece que é seu direito ter acesso àquela política pública.

Abandono, esse, que circunscreve o Louco de Rua, uma vez que a situação de desabrigo reflete a fragilização ou o rompimento de vínculos familiares e comunitários, que seus direitos estão à margem daquilo que se considera apropriado para um cidadão considerando que não tem, no momento, plenas capacidades e auto-gestão e com isso sua participação política inexistente.

A terceira categoria levantada junto aos entrevistados foi acerca da compreensão que eles têm sobre a cidadania das pessoas com de transtornos mentais. Existem perspectivas pessimistas que afirmam que esses sujeitos não são cidadãos:

Não é cidadão! Acaba sendo assim! Quando na verdade, aí é que ele devia ser tratado na perspectiva de ampliação dessa cidadania. (Entrevistado 002)

Ah. Zero, né! Da forma como é feita hoje, eu estou falando assim, da realidade aqui do DF, né, eu não conheço outras localidades. (...) Enfim, acho que, aqui no DF não, não vejo isso. (Entrevistado 004)

Não existe, não existe. Eu acho que nem a própria família compreende, porquê... o abandona por causa da falta da estrutura mesmo, falta de conhecimento, de informação. Então, não existe. (Entrevistado 007)

Então, é bem delicado, porque acessar direitos é uma coisa que não os vejo muito eles conseguindo. A não ser que eles tenham alguém por trás, família ou algo assim. Eles, por eles próprios, não tem consciência e não vão conseguir acessar, acredito eu. (Entrevistado 010)

### Outros já os percebem de uma forma intermédia

É uma cidadania relativa, ainda existe muita restrição, existe muita violação dos direitos humanos dessas pessoas então, a gente ainda não consegue garantir uma cidadania plena para essas pessoas. Acho que se avançou bastante mas existem ainda muitas... Como é que eu diria? Muitas dificuldades, assim. Até existe ainda muita discussão em torno da interdição, da curatela. Não existe nada muito certo para você avaliar até que ponto essa pessoa consegue... Quais capacidades e potencialidades, não existe algo determinante ou determinista sobre isso, em tese a pessoa tem potencialidades para fazer várias coisas inclusive para neste momento estar comprometida e no outro não. (Entrevistado 012)

Eu observo uma rede menor para eles. (...)

Tem as questões terapêuticas com relação ao paciente mas se os profissionais não trabalharem a autonomia deles, fica difícil alcançar essa cidadania. Já é uma inclusão excluindo, da própria sociedade. Então o termo cidadania para eles não é tão amplo quanto para os demais, pelo menos assim eu observo. As pessoas que por exemplo chegaram a interdição, perderam os seus direitos. (...)

Chegar aos direitos dessa forma é muito mais difícil para eles. Quando não se acredita que ele pode ser autônomo. Eu acho que perpassa por várias coisas, inclusive pela visão dos profissionais que trabalham na área, para ajudar as pessoas a enxergar isso também. (Entrevistado 013)

Nenhuma perspectiva apresentada revela que esse público é realmente detentor dos seus direitos de cidadania, todos consideram que são indivíduos fragilizados pela questão da doença e que por isso não gozam do acesso a seus direitos de cidadania, em especial aqueles que não dispõem de um suporte familiar ou comunitário.

Analisamos também a percepção que esses profissionais acerca da Reforma Psiquiátrica brasileira, entre as Especialistas em Assistência Social – EAS existem um conhecimento menos detalhado sobre a legislação de saúde mental, até mesmo por que esse não é seu público de atendimento. Já entre os

Especialistas em Saúde há um detalhamento mais profundo e mais crítico do processo que se inicia:

lá quando começa com os movimentos dos trabalhadores, questionando a assistência manicomial como tinha sido. Que realmente era o hospital psiquiátrico o centro. E as pessoas achando que aquele modo de tratamento não dá conta, não atende e que a gente pode pensar em saúde mental de uma forma mais ampliada. (Entrevistado 002)

É um movimento político e acadêmico também, não só teórico, mas, prático, que envolve uma nova visão sobre a questão da loucura. No qual aquela pessoa não é vista apenas como um objeto de tratamento, mas como uma pessoa que precisa de assistência, é claro, mas ela também tem o poder e o dever de escolher aquilo que é bom, respeitar os limites. Muito se fez com a boa ou pseudo forma do “vou tratar” e muitos abusos aconteceram. Então a reforma é esse movimento de rever conceitos, de rever posturas, de rever práticas quanto a pessoa em sofrimento mental. (Entrevistado 011)

Contudo há dois pontos de unanimidade no pensamento dos entrevistados, o primeiro afirma que por mais que exista uma Lei que disponha sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil, sua implementação ainda não foi efetiva no Distrito Federal, uma vez que ainda há carências nas questões de recursos humanos e de equipamentos para atendimento à população, em especial no que se refere ao Serviço Residencial Terapêutico – SRT.

Tem déficits de serviço, que não existe, de equipe que não está completa. Entendimentos dúbios sobre os conceitos que estão na reforma. Você pega a própria equipe de saúde, se você for discutir com o pessoal que tem 10 anos de saúde mental, tem até pós na área, tem outras qualificações e tem conflitos em definir qual é o termo, qual é o conceito: residência terapêutica, que a gente até falou ainda agora sobre isso. É um dispositivo de saúde mental presente na Lei que tem um público definido, que tem como que vai ser implantado, aonde vai ser implantado, o que é que ela atende. A residência vai trabalhar com paciente crônico, que veio da desinstitucionalização, que é um paciente sem referência de família, que ele foi ressocializado para se reinserir na comunidade. (...) Mas no sentido de que aquele paciente que viveu longo tempo no hospital psiquiátrico, ele vai agora ser inserido num modo de vida comum, que é o padrão e é o que deve ser mais adequado: a vida em sociedade e a vida em comunidade. (Entrevistado 002)

nós deixamos claro a necessidade de que a própria saúde implantasse no DF locais ou residências terapêuticas que pudessem receber essas pessoas, aonde teriam todo um acompanhamento. Está muito bonito ali, a proposta passou na própria conferência, está lindo! Mas, e a implementação dessas políticas, aonde ela foi parar? (Entrevistado 005)

Olha, (residências terapêuticas) públicas não tem. Privadas pode até ser que tenha, mas eu desconheço. E se tem não atende o público daqui (da UNAF/Areal). O ideal é a pública. Se existe uma política, certo? E até hoje... Eu acho que... Quando foi a Reforma Psiquiátrica? Foi em 2001? São 14 anos<sup>24</sup> e nenhuma residência terapêutica na capital (do país)<sup>25</sup>. (Entrevistado 006)

O outro ponto em que convergem as opiniões dos entrevistados consiste na fragilidade da rede socioassistencial<sup>26</sup>, pois ainda é sutil a articulação entre as políticas públicas, o que faz com que o debate e a compreensão sobre a oferta dos benefícios, serviços, programas e projetos destinados às pessoas com transtorno psiquiátrico sejam insuficientes e inconsistentes.

a gente não tem essa rede de suporte. Eu acho que a rede ela é completamente fragilizada, a gente tem o acolhimento aqui, a gente tem o médico que atende, mas se resume a isso. (Entrevistado 008)

Eu acho que a articulação com a rede é muito falha, ela inexistente na verdade. Porque, você vê aqui nessa unidade. o coordenador, ele tem uma autonomia limitada. Nós poderíamos sim, fazer... Somar, se o governo realmente tivesse vontade de executar essa política. (Entrevistado 006)

Maiores entraves estão realmente nessa relação de rede. Eles têm que sentir apoio aonde quer que eles estão, e a rede tem que estar pré-formada, não é cada servidor, que conhece um cara ali e que forma uma rede própria, as unidades têm que ter isso previamente formulado para quando acolher (Entrevistado 004)

Agora em termos de Brasília, ela é capenga, ela evolui a passos lentos com muita dificuldade, uma rede frágil que nós não acreditamos nela. Eu, por exemplo, tenho muita dificuldade em encaminhar os pacientes que procuram nosso serviço para a rede, porque eu não quero fazer um encaminhamento falso. (...) Ausência de rede, ausência de serviços que complementem o nosso, para que possamos trabalhar aqui e termos a garantia que nós vamos colocá-lo no seu meio social, numa residência terapêutica. E não é só isso não, os nossos CAPS não funcionam plenamente, tem muita deficiência de recursos humanos, principalmente, recursos humanos. (Entrevistado 001)

A mesmo tempo, os entrevistados acreditam que uma das medidas para a superação dos entraves que atualmente limitam o atendimento e o acesso aos direitos dessas pessoas está no fortalecimento da rede socioassistencial e

---

<sup>24</sup> Entrevista realizada em 2015.

<sup>25</sup> Acréscimos de texto à fala do entrevistado 006 para facilitar a compreensão.

<sup>26</sup> Compreende-se aqui rede socioassistencial segundo a ideia proposta pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social: “A rede socioassistencial é um conjunto integrado de iniciativas públicas e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social” (Brasil, MDS, 2011)



na compreensão do que são os serviços e benefícios que essas pessoas têm direito.

É difícil, é um grande desafio, mas começa assim, fazendo, problematizando essas situações, buscando estudar, encontrar alternativas. E eu acredito sim nas redes. Nessa articulação da saúde, do serviço social, da política da educação, do trabalho, da inclusão produtiva desses pacientes, também junto com a família. Então eu acredito sim (Entrevistado 009)

Eu acho que a articulação tem que existir sempre, para garantir esses direitos deles. Seja com a política da assistência social, seja com a política de habitação, com a política de inclusão ao trabalho dessas pessoas. Tem que ter também a questão do transporte então, se não tiver essa articulação toda fica difícil de seguir com isso. A gente vê agora o caso do Benefício de Prestação Continuada. É uma coisa da assistência social que tem garantido muita qualidade de vida para algumas famílias, quando alguém deixou de trabalhar. Com o benefício a família já consegue de alguma forma se manter, quando falta a medicação do paciente (por exemplo)<sup>27</sup>. Quando tem o passe livre também, a gente observa que as famílias, inclusive, a maioria nem tem noção do direito ao passe livre. Deixa de vir ao tratamento porque não tinha dinheiro de passagem sendo que aquela pessoa tinha o direito. Quando você tem toda essa articulação com as outras políticas, aí você consegue ter um atendimento mais integralizado e dar, de alguma forma, a oportunidade, não a oportunidade, mas o caminho. O acesso a política pública assim, com o que eles têm direito (Entrevistado 013)

Na verdade, a saúde mental, eu acho, que só funciona assim, só articulando. O trabalho só funciona se é interdisciplinar e psicossocial. E a gente só consegue avançar se articular com tudo. (Entrevistado 012)

Olha, se a rede de saúde, com a assistência, com o trabalho e outros mais, funcionassem integrados, corretamente, né. Aí sim, teria melhor atendimento a todos os cidadãos. (Entrevistado 003)

o povo não sabe diferenciar o Benefício de Prestação Continuada, a quem se destina, qual é a situação, ou o Benefício de Volta para Casa, como é? O auxílio do INSS, para quem tem? E por aí em diante. Aí, pega um usuário muito fragilizado com a situação muito ruim, e aí o médico da outra equipe falou “Tem que pedir tudo para ele, vamos pedir o BPC, PVC, nanana, nanana”. Mas aí eu falei, “Mas ninguém tem isso tudo! Não dá para ter todos os benefícios. ” E você tem que explicar: “Mas não tem o de Volta para Casa? ” Falei: “Tem mas, você sabe para quem serve o de Volta para Casa? O nome já diz: de Volta para Casa! ” Trabalhei no Ministério da Saúde e a ideia do de Volta para Casa é o quê: que o recurso que era gasto num ambiente hospitalar, possa migrar com esse usuário para o ambiente extra-hospitalar. Aí o pessoal acha que não, que é mais um dinheiro que o governo está dando para quem não tem nada. E aí fica nessa confusão, justamente porque não se conhece os programas, não se conhece a política, não se discute. (Entrevistado 002)

---

<sup>27</sup> Acréscimos de texto à fala do entrevistado 006 para facilitar a compreensão.

Apesar das fragilidades com as quais opera, atualmente, o sistema de saúde do Distrito Federal, os Entrevistados apontam alternativas para assegurar um atendimento mais digno às pessoas com transtornos mentais.

o paciente é compartilhado com o serviço porque não existe ainda o que está na legislação. Então, eu tenho que ter serviços alternativos, serviços abertos, ambulatório de saúde mental. Que o ambulatório tem um perfil que é o paciente estável, o CAPS vai ter outro que é o paciente que ainda está com uma cronicidade diferenciada. Eu tenho que ter sim as residências terapêuticas para aqueles que não tem vínculo e vão-se reinserir. Eu tenho que ter leito em emergência geral. Eu tenho isso no DF? Não tenho. Então o DF é verdade, é triste dizer, mas o DF é uma vergonha nacional quando se fala em política de saúde mental. (Entrevistado 002)

é todo o movimento de mudança. Mas as mudanças, especialmente nesse campo, não são rápidas, são mais lentas. E passam pelo imaginário do profissional que atende, passa pelo próprio paciente sobre a sua percepção de condição, e passa pelo crivo da sociedade, em termos da avaliação. Eu acho que a lei é um marco importantíssimo para a garantia de direitos (Entrevistado 011)

Propõe-se uma articulação organizada denominada por Referência e Contrarreferência, em linha gerais configura-se enquanto um sistema de acompanhamento global do indivíduo, através de uma troca de informações eficaz entre os serviços demandados pelo o sujeito, para permitir a edificação de um ambiente favorável à abordagem da pessoa, evitando a revitimização, a mudança e/ou a duplicidade do discurso e uma comunicação eficiente entre os profissionais envolvidos.

na saúde a principal (estratégia)<sup>28</sup> tem nome e sobrenome: referência e contrarreferência. Porque se o povo começar a fazer referência e contrarreferência da forma adequada, com protocolo, escrito, referenciar. Eu posso até fazer errado, mandei para o serviço errado, mas a contrarreferência vai acertar a situação, vai poder trocar comigo essa informação. Então, na saúde a principal estratégia é essa, mas é uma estratégia que não é da saúde. (...)

Eu, quando encaminha um paciente que eu atendo para o CRAS, para a área de assistência, eu nunca na minha vida de formado, mandei alguém sem ser por escrito. Eu faço anotação: atendimento social, fiz isso, fiz isso. Identifiquei a situação. Tem perfil para ser atendido por vocês. Solicito que faça uma avaliação mais contundente, que possam especificar que benefícios ou que estratégias de atuação da área da assistência são cabíveis. (...)

E as vezes eu facilito o trabalho do meu colega, porque se eu fiz uma análise social, que já tem alguma coisa gritante, eu já sinalizo. Tipo, o esboço

---

<sup>28</sup> Acréscimos de texto à fala do entrevistado 002 para facilitar a compreensão.

familiar, eu já faço lá. Ele vai conferir, vai confirmar tudo direitinho. Mas eu já vejo: “Reside com o marido, não há vínculo de trabalho para os dois. Refere não receber nada. Recebe auxílio de terceiros.” Já está dado o panorama. (...) O mais importante é que essa comunicação possa ter uma mão de vai e volta. Que se me devolver, me devolva também falando as coisas. Porque o usuário as vezes transita por 2, 3 serviços. Se não tiver comunicação é prejudicial a ele e à gente. (Entrevistado 002)

não basta só a gente achar que o paciente foi atendido aqui, a gente fica pensando: “E aí, depois daqui, o que vai acontecer com esse paciente?” Todo o trabalho que foi desenvolvido aqui hospital, na ala, em oficina, se a gente não tiver esse cuidado de saber para onde esse paciente vai depois daqui, da alta dele, é capaz dele passar um mês e voltar para a internação de novo. (Entrevistado 013)

Para o público ao qual a pesquisa se destina, pessoas de baixa renda com transtornos psiquiátricos acolhidos na UNAF/Areal, os entrevistados compreendem que o ambiente de acolhimento, que atualmente é oferecido, não possui uma estrutura adequada para essas pessoas.

Eu acho que precisaria de um (equipamento físico)<sup>29</sup> específico, por que aqui dentro da unidade de acolhimento a gente atende muito superficialmente, a gente não atende, de fato, naquelas necessidades que ele tem, são muito mais do que o que a gente faz aqui. Então eu acho que aqui não é, não é o suficiente, não é. (Entrevistado 008)

A gente tem que ver que esse é um público específico. Não é discriminar e não é preconceito, mas ele tem que ter um outro olhar. Ele tem que ter um outro olhar até para que ele possa interagir socialmente. Tem que ter outro olhar, não podemos excluídos do contexto social, mas ele tem que ser visto de uma forma diferente. (...) Seriam (acolhido nas)<sup>30</sup> residências terapêuticas, porque ele tem que ser visto de uma forma diferente. Não dá, ele é diferente. Então não dá para você igualar uma coisa que é diferente. Você não vai conseguir nunca. (...) Eu acho que se, de fato, a política for implementada isso facilitaria, por que teríamos espaço para mostrar para a sociedade que eles existem e que merecem respeito, que são diferentes, que não podem ser vítimas de preconceito. (Entrevistado 006)

A gente vive uma realidade em que os acolhidos com transtorno mental severo eles ficam aqui. Há inclusive uma dificuldade de atuação porque a gente, até por humanidade, tem dificuldade de desligamento desse público, e no fim das contas a gente acaba acolhendo e ficando aqui dentro com um público que teoricamente não seria nosso. Porque se eu tirar ele daqui eu vou por ele na rua. (Entrevistado 010)

Eu acho que um equipamento específico para a população com transtorno grave. Tem os Transtorno Mentais que, gente quando fala de transtorno mental a gente sempre pensa no esquizofrênico que está já naquele nível de comprometimento super avançado. E não, os transtornos mentais são uma infinidade de variações.

---

<sup>29</sup> Acréscimos de texto à fala do entrevistado 008 para facilitar a compreensão.

<sup>30</sup> Acréscimos de texto à fala do entrevistado 006 para facilitar a compreensão.

Eu acho que alguns, sim, são adequados aqui pra UNAF, mas aqueles mais comprometidos socialmente e emocionalmente, em nível de consciência, tem sim que ser um equipamento especializado. Entendeu, senão é o que eu falei, acaba se virando pior do que nos antigos manicômios. (Entrevistado 004)

Existe, portanto a percepção de que a UNAF/Areal acolhe pessoas com diversos tipos de transtorno psiquiátrico e que há aqueles que estão mais vulneráveis quando do acolhimento, pois não existe um preparo dos servidores para o adequado atendimento. Sendo imperativa a necessidade de um equipamento específico para o atendimento de pessoas com transtornos psiquiátricos severos e crônicos que estejam com os vínculos familiares e/ou comunitários fragilizados ou rompidos. Isso para assegurar que esses indivíduos sejam acompanhados de forma adequada e digna, que possibilite a reintegração social.

No decorrer da pesquisa, em especial ao longo das entrevistas, ocorreu um achado interessante e inesperado: A Casa de Passagem. Que é uma instalação no interior do Instituto de Saúde Mental – ISM, que atualmente acolhe cerca de trinta pessoas, homens e mulheres adultos, egressas da ala psiquiátrica do sistema prisional ou de instituições de perfil asilar que foram encerradas após a publicação da Lei Paulo Delgado.

A casa de passagem não segue os modelos normatizados, uma vez que acolhe mais do que 8 ou 10 pessoas num mesmo ambiente residencial, e não está inserida na comunidade, mas isolada no interior de uma unidade de saúde. Os próprios Especialistas em Saúde têm dificuldade de definir o que é esse serviço e como ele funciona.

Dizem que o ISM é uma (residência terapêutica)<sup>31</sup>. É um pouco complexo, assim, como é que funciona lá, não é como uma residência comum. O que se diz, de fato, é que não existe residências terapêuticas no DF. E é uma

---

<sup>31</sup> Acréscimos de texto à fala do entrevistado 008 para facilitar a compreensão.

carência que compromete muito aqui o pessoal do hospital porque tem casos que são casos de encaminhar para uma residência terapêutica e não tem como. E tem casos que vão para as unidades de acolhimentos (...) Porque aí a assistência não quer receber, mas eles também não deveriam receber, porque de fato não é uma demanda que seria para eles. E a gente fica tentando dar um jeito porque não tem (residências terapêuticas). O ISM atualmente não recebe, nenhum novo caso. Ele só tem aqueles casos lá, que estão lá, não recebe mais nenhum. Ele foi uma adaptação um pouco né, que fizeram para esses casos específicos. (Entrevistado 012)

Podemos não conseguir que essa pessoa retorne à família. Aí, o que que acontece? Elas ficam aqui em regime de abrigo, mas é um abrigo muito confuso, uns chamam de residência, outros chamam de enfermaria, outros chamam de hospital. E ele tem um nome agora, que é o último nome que foi dado agora a esse serviço: de Casa de Passagem. Só que nós chamamos também de casa de *ficagem*, por que quando eles chegam aqui eles não saem, por que eles teriam que ir para uma residência terapêutica, como a gente não tem a residência terapêutica, eles têm que ficar aqui porque não podemos colocar essas pessoas na rua. (Entrevistado 001)

A gente é, na verdade, a única Casa de Passagem, que não é de *ficagem*, a gente costuma brincar. E não tendo outras acaba sendo de *ficagem*, até que as coisas se estruturam no DF. (Entrevistado 011)

Os entrevistados apresentam que existe uma imensa dificuldade para identificar essas pessoas que estão acolhidas na Casa de Passagem, bem como para fazer a reintegração familiar. Pois a grande maioria não possui documentos; seus relatos sobre sua história nem sempre são fidedignos; há um número significativo de pessoas homônimas no Brasil, sem a identificação adequada da filiação é inviável a retirada de documentos; e essas pessoas estão em regime de acolhimento por períodos muito longos, não se reconhecem mais como partícipes daquele núcleo familiar em que estiveram um dia, ou esse núcleo não mais existe.

O que mais temos aqui entre os abandonados, uma gama significativa de pessoas em situação de abandono, tem sido muito difícil, porque quando a pessoa sabe informar minimamente sobre a sua origem, facilita bastante. Mas em geral quando as pessoas chegam aqui em situação de real abandono, elas não têm condições mais de informar, o comprometimento mental já está muito forte.

Então quando se tem um sobrenome raro, isso facilita, nós tivemos êxito em alguns casos de pessoas de outros estados, mas com o sobrenome raro a gente conseguiu localizar a família. Agora, quando o sobrenome é “Pereira da Silva”, “Alves”, ou sobrenomes mais comuns que você joga no google e aparece milhões de pessoas com o mesmo nome e a pessoa não sabe falar o nome do pai e da mãe a gente não consegue. Até hoje temos casos daqui de pessoas abrigadas, que estão aqui há 13 ou 14 anos, e ainda não estão

identificadas, mesmo utilizando todos os recursos da lei, da justiça, a gente não conseguiu. (...) Então temos pessoas aqui que não tem acesso aos benefícios assistenciais, que favoreçam a ressocialização, porque ainda não tem um documento satisfatório, porque se não tiver o nome de mãe pelo menos, não tem acesso ao CPF<sup>32</sup>. Então, a gente tem esses casos aqui. (Entrevistado 001)

Tem paciente *lá em cima*<sup>33</sup> há 10, 15 anos aqui, 16...  
Contando o tempo de outra institucionalização, temos pacientes que há 20 anos não tem contato nenhum com família. Qual é o trabalho do serviço social? Resgatar esses vínculos! Primeiro localizar essas famílias, né. Quando localiza resgatar os vínculos e é resgatar dos 2 lados porque o paciente não tem a menor projeção de ir para aquela família que não é mais a família dele. E a família diz: “Não fulano?! Para mim estava morto.” Que já foi um caso que nós tivemos aqui. “Tem tanto tempo que sumiu!” E aí você as vezes vê famílias bem-sucedidas, bem organizadas em termos financeiros que não querem nem pensar na hipótese dessa pessoa, escória da sociedade, que é como se vê, ir para casa. (Entrevistado 002)

Mas, *aquela alta*<sup>34</sup> precisa ser consistente, precisa se efetivar no tempo, se a gente faz uma coisa atropelada sem tomar o cuidado de respeitar as singularidades, tanto do paciente quanto da família, a chance de isso evoluir com resultado não favorável é muito grande. (Entrevistado 011)

Verifica-se, portanto, que a Casa de Passagem do ISM é um equipamento improvisado, com um sentido humanitário de não agravar a violação de direitos que as pessoas que lá estão já vivenciam. Contudo, sem a possibilidade de ampliação desse serviço, na verdade com a perspectiva de sua extinção, pois todos compreendem a inadequação do que é oferecido dentro da lógica proposta pela lei e suas normativas e, historicamente, pelos movimentos sociais de luta antimanicomial.

Eu só posso dizer, como todo mundo diz, que não existe a menor possibilidade, nem com ordem judicial, de colocar mais alguém ali. Que vai virar uma condição sub-humana. Porque eu, como assistente social, já falei: se chegar ao extremo demais eu mesmo faço uma denúncia disso aí para a Comissão de Direitos Humanos, para os outros órgãos. Porque vai virar assim, um dispensário humano. (Entrevistado 002)

---

<sup>32</sup> CPF: Cadastro de Pessoas Físicas.

<sup>33</sup> *lá em cima* se refere à Casa de Passagem.

<sup>34</sup> *aquela alta* se refere a alta do serviço de acolhimento na Casa de Passagem.

## Considerações Finais

Como interpretar uma demanda, muitas vezes influenciada pelo estigma da loucura que, por séculos, garantiu a manutenção de uma noção hegemônica de exclusão e incapacidade? Ou mesmo considerar, à luz do direito do usuário uma voz expressa que nem sempre pela linguagem verbal do seu autor? (MATTOS, 2004, p. 130)

Compreender a instalação do Serviço Residencial Terapêutico – SRT, em última análise, compreender o direito das pessoas com transtorno psiquiátrico, uma vez que esse serviço é essencial para a complementaridade do processo de desinstitucionalização do utente psiquiátrico, porquanto existem pessoas com vínculos familiares e/ou comunitário extremamente fragilizados ou até mesmo rompidos, fato que impossibilita uma reintegração sócio familiar no momento da alta hospitalar.

Amarante (2007) elucida que por mais de três séculos, a hegemonia do modelo asilar produziu severas sequelas e desastres nas vidas de milhares de pessoas institucionalizadas no Brasil. O modelo asilar as oprimiu e lhes reduziu as expressões e os sentimentos. Como saldo desse processo tem-se que a grande maioria dessas pessoas não tem mais condições de voltar a viver em ambiente extra hospitalar sem ajuda de terceiros, e por isso é sumariamente relevante a organização de programas e estratégias de apoio psicossocial.

Nesse contexto se insere esse serviço substitutivo, que seria àquele que atende a essas pessoas, para proporcionar a saída do ambiente hospitalar, quando a fase de seu tratamento permitir a alta médica e não houver um terceiro, um curador, para amparar-lhe.

Ressalta-se que a Residência Terapêutica tem como principal finalidade o morar, não devendo ser considerada como local onde é realizado um serviço

de saúde. Devem estar articuladas aos demais dispositivos que integram a rede de atenção à saúde mental.

O Ministério da Saúde explicita que esse equipamento deve ser pensado para beneficiar portadores de transtornos mentais egressos ou não de hospital psiquiátrico que: não possuam suporte familiar; egressos de Hospitais de Custódia, através de decisão judicial; pessoas acompanhadas pelo CAPS, que possuem problemas de moradia identificados pela equipe interdisciplinar; e moradores de rua, acometidos de transtorno mental, que estejam em acompanhamento em um CAPS (2004c).

A presente tese compreende o processo de desinstitucionalização da pessoa com transtorno psiquiátrico como uma exigência ético-política da Reforma Psiquiátrica, que aponta para a reconstrução da demanda hospitalar no interior de um novo ordenamento dos serviços médicos, em um corpo social. Caracteriza-se como um processo social complexo, no qual, em última instância, busca-se a construção de um novo valor social que permita reinserir indivíduos com transtornos mentais na sociedade.

Deste modo, o foco de intervenção não pode se restringir a ações técnicas ou, no campo político, a uma reorganização dos serviços. A desconstrução e a reconstrução de saberes e práticas, preconizadas no conceito de desinstitucionalização, apontam para uma reorientação de valores, ou seja, para a busca de uma transformação ética da sociedade, que subsidie práticas solidárias voltadas para a inclusão social.

a Lei, ela traz essa outra referência, ela produz sim uma mudança porque hoje em dia as especializações, os cursos, as capacitações já vêm com essa outra referência. Então, os profissionais formados, já são formados nessa outra perspectivas de atenção à saúde mental. Então isso eles vão levar para os serviços, que vão levar para os usuários, que vão levar para os familiares, que vão levar para a sociedade. (Entrevistado 012)



Pensando nos dados que a pesquisa apresenta, e compreendendo que cada unidade do SRT pode atender, no máximo 10 pessoas, quando na modalidade de Pensão Protegida, para utentes com autonomia comprometida, sem necessidades clínicas de internação; e 8 pessoas quando na modalidade de Lar Abrigado, para utentes com autonomia, sem necessidades clínicas de internação (BRASIL, 2011).

Revela-se a necessidade iminente de instalação de unidades desse serviço na capital brasileira, podemos pensar que somente os internos da Casa de Passagem do Instituto de Saúde Mental justificariam a instalação de, pelo menos, 3 unidades de SRT. Além disso os entrevistados explicitam que há pessoas com perfil para esse acolhimento internos no Hospital São Vicente de Paula, fato que justificaria a implementação de ao menos uma Residência Terapêutica.

Então, assim, para a segurança e pelo fato de não ter um local apropriado no momento para ele, a gente prefere que permaneça no hospital, com assistência médica, com a questão da alimentação e tudo. Sendo que esses pacientes, inclusive, eles já estão até com benefício assistencial garantido, já, com documentação, está com o BPC, o Benefício de Prestação Continuada. Só que precisam de um curador, de alguém que administre isso para eles. E de um local apropriado para ir. (Entrevistado 013)

Quanto ao acolhidos da UNAF/Areal, não é possível determinar um número concreto de pessoas que teriam o perfil para um acolhimento em SRT. De uma forma minimalista, se pensarmos que somente aqueles que estiveram mais de 150 dias em acolhimento institucional tenham perfil para esse serviço, temos um total de 39 pessoas ao longo dos 3 anos pesquisados, portanto, mais, no mínimo, 4 unidades do Serviço Residencial Terapêutico.

Sabe-se que o SRT não pode ser operado sozinho, demanda uma estrutura de apoio para assegurar a reinserção do utente em um ambiente

comunitário, por que o utente que esteve institucionalizado por um longo período está imerso numa lógica paradoxal no conceito de cuidado. Por um lado, entende-se a instituição/institucionalização como produtora de sujeitos passivos e excluídos do direito de escolhas sobre sua própria existência, sendo a saída do asilamento o primeiro passo do que se denomina por desinstitucionalização. Por outro lado, busca-se, em sua reinserção social e comunitária, estabelecer novas redes, as quais, em última instância, poderia denominar-se como novas institucionalidades (AGUIAR, 2009).

É, portanto, imprescindível a instalação, minimamente, de equipamentos de CAPS como suporte aos Serviços Residenciais Terapêuticos. A capital federal do Brasil opera os serviços de saúde mental com um grande déficit, de recursos humanos e de serviços, portanto, não basta instalar os SRT se os utentes não estiverem respaldados por serviços eficientes, eficazes e em número suficiente para realizar os atendimentos. É evidente que os gestores de saúde do Distrito Federal, precisam de um planejamento otimizado e realista para que a saúde mental saia do perfil marginal em que se encontra.

Trabalho em saúde mental, principalmente num processo de desinstitucionalização, situa-se na interação do Louco com a sociedade civil e é, antes de tudo, a inclusão do Louco no mundo coletivo. A desinstitucionalização só tem sentido num mundo público, o que se faz por meio de atividades políticas, no âmbito da fala e do discurso humano, em processo de negociações e argumentações, garantindo voz e autonomia a esses indivíduos que já estiveram na esfera do invisível.

## Referências Bibliográficas

AGUIAR, Brena Leite. *Serviços de Residências Terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado*. Recife, UFP, 2009.

AITH, Fernando Mussa Abujamra (coord). *A regulação dos serviços de saúde mental no Brasil: inserção da psicologia no Sistema Único de Saúde e na saúde suplementar*. Brasília, CRP/CFP, Julho/2013.

AMARANTE, Paulo (coord.). *Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo (org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2002.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria/GM nº 224, de 29 de janeiro de 1992*. Brasília, 1992. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas\\_e\\_projetos/saude\\_mental/portaria\\_n224.htm](http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm)>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-336-de-19-de-fevereiro-de-2002/>>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria SAS nº 189, de 20 de março de 2002*. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília, 2004a. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/sm\\_sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria/GM nº 52, de 20 de janeiro de 2004*. Brasília, 2004b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.htm)> Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Residências Terapêuticas: o que são, para que servem*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004c.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 01, ano I, nº 1*. Informativo eletrônico. Brasília: maio de 2006a. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1220.pdf>>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria/GM nº 1.876, de 04 de agosto de 2006*. Brasília, 2006b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876\\_14\\_08\\_2006.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.htm)> Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria/GM nº 1.190*, de 04 de junho de 2009. Brasília, 2009. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190\\_04\\_06\\_2009.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.htm)> Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Portaria/GM nº 3.090*, de 23 de dezembro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 10*, ano VII, nº 10. Informativo eletrônico. Brasília: março de 2012. Disponível em: <<https://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/03/saude-mental-em-dados-10-ms.pdf>>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde Mental em Dados – 12*, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Disponível em: <[http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais*: Resolução do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome nº 109. Brasília, 2009.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social – NOB/RH SUAS*: anotada e comentada. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/NOB-RH\\_SUAS\\_Anotada\\_Comentada.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NOB-RH_SUAS_Anotada_Comentada.pdf)>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Texto de orientação para o reordenamento do serviço de acolhimento para população adulta e famílias em situação de rua*. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://cimos.blog.br/wp-content/uploads/2014/03/texto-de-orientacao-reordenamento-pop-rua-08-05-2012.pdf>>. Acesso em: 24 de maio de 2016.

BRASIL, Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil. *Passage Livre*. Brasília, novembro de 2014. Disponível em: <[http://www.transportes.gov.br/direto-ao-cidadao/passe-livre.html#conheca\\_melhorPL\\_beneficiario](http://www.transportes.gov.br/direto-ao-cidadao/passe-livre.html#conheca_melhorPL_beneficiario)>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

BRASIL. *Lei Orgânica da Assistência Social: Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993*. Brasília, 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm)>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

BRASIL. *Lei Paulo Delgado*: Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://cgj.tjrj.jus.br/documents/1017893/1038413/politica-nac-saude-mental.pdf>>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL. *Lei nº 10.708*, de 31 de julho de 2003. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm)>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL. *Lei nº 11.342*, de 23 de agosto de 2006. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm)>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

BRASIL. *Lei nº 12.435*, de 06 de julho de 2011. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm)>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Estados@: Distrito Federal*. IBGE, 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=df>>. Acesso em: 04 de junho de 2015.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Comissão de Direitos Humanos e Minorias. *Relatório sobre Tortura no Brasil*. Brasília: CLDF, 2005. Disponível em: <<http://www.observatoriodeseguranca.org/files/Relat%C3%B3rio%20sobre%20Tortura%20no%20Brasil%202005.pdf>>. Acesso em 02 de junho de 2015.

CARVALHO, José Murilo de. *Bestializados ou bilontras?* In: CARVALHO, José Murilo de (org). *Os bestializados*. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 1987. pp. 140-160.

CARVALHO, José Murilo. *Interesses contra a cidadania*. In: DAMATTA, Roberto (org). *Brasileiro: cidadão?* São Paulo: Cultura Editores Associados, 1997.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. pp. 219-297.

CONFERÊNCIA DE CARACAS. *Declaração de Caracas*. Caracas, 1990. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso em: 04 de junho de 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: *CNS aprova Recomendação sobre a realização de conferências regionais e os sub-eixos*. Brasília, 2010. Disponível em <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2010/12\\_mar\\_saude\\_mental.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/12_mar_saude_mental.htm)>. Acesso em: 06 de junho de 2016.

COUTO, Berenice; YAZBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. *A política nacional de assistência social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos*. In: *O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento*. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.

COVRE, Maria de Loudes Manzini. *O que é cidadania*. Coleção: Primeiros Passos. 3ªed. São Paulo: Brasiliense, 1995.

DALLARI, Direitos Humanos e Cidadania. São Paulo: Moderna, 1998.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *O otimismo da prática em tempos de mudanças clínica e políticas no novo cenário da reforma psiquiátrica*. In:

RIBEIRO, M. A.; BERNARDES, J. S.; LANG, C. E. (org.). A produção na diversidade: compromissos éticos e políticos em psicologia São Paulo: Casa do Psicólogo. 2007. p. 197-205.

DESVIAR, Manuel. *A Reforma Psiquiátrica*. Coleção: Loucura & Civilização. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DISTRITO FEDERAL. *Lei Orgânica do Distrito Federal*, de 8 de junho de 1993. Brasília, DF: Câmara Legislativa do Distrito Federal, 1993. Disponível em: <<http://www.fazenda.df.gov.br/aplicacoes/legislacao/legislacao/TelaSaidaDocumento.cfm?txtNumero=0&txtAno=0&txtTipo=290&txtParte=>>>. Acesso em: 06 de junho de 2016.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório final do I Fórum de Saúde Mental do Distrito Federal*. Brasília/DF, 1995a. Documento mimeo.

DISTRITO FEDERAL. *Lei nº 975*, de 12 de dezembro de 1995. Brasília, DF: Câmara Legislativa do Distrito Federal, 1995b. Disponível em: <<http://www.defensoria.df.gov.br/wp-content/antigo/00000254.pdf>>. Acesso em: 24 de maio de 2016.

DISTRITO FEDERAL. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Saúde Mental. *Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal*. Brasília: DF, 1998.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Portaria nº 86*, de 28 de junho de 2004. Brasília, DF. SES/DF, 2004. Disponível em: <[http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2004/06\\_Junho/DODF%20121%2028.06.04/Se%C3%A7%C3%A3o2.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2004/06_Junho/DODF%20121%2028.06.04/Se%C3%A7%C3%A3o2.pdf)>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Edição de notícias. Hospital de Taguatinga comemora 31 anos*. Brasília, 2006. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD\\_CHAVE=28775](http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=28775)>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Saúde Mental. *Centro de Atenção Psicossocial II – Taguatinga. Projeto terapêutico: implementação do Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos*. Brasília: [s.n.], 2007.

DISTRITO FEDERAL. Portal do cidadão. *A visão de Juscelino Kubitschek*. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://www.gdf.df.gov.br/045/04501021.asp>>. Acesso em: 17 de maio de 2016.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Atenção à Saúde. Gerência de Saúde Mental. *Plano Diretor de Saúde Mental do Distrito Federal*. Brasília: [s.n.], 2010b.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. *Portaria nº 185*, de 12 de setembro de 2012. Brasília, DF. SES/DF, 2012. Disponível em: <[http://www.tc.df.gov.br/sinj/TextoArquivoNorma.aspx?id\\_file=ed3773c0-4f64-3220-ae00-c89d6601513e](http://www.tc.df.gov.br/sinj/TextoArquivoNorma.aspx?id_file=ed3773c0-4f64-3220-ae00-c89d6601513e)>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

FRATINI, Juciane Rosa Gaio; SAUPE, Rosita; MASSAROLI, Aline. Referência e Contrarreferência: contribuições para a integralidade em saúde. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. Maringá, 2008 jan/mar, nº07: pp 065-072.

GEISLE, Adriana. *Revisitando o conceito de cidadania*: notas para uma educação politécnica. In: *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. Vol. 4, nº 2. Rio de Janeiro, Setembro 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462006000200008>> Acesso em: 16 de maio de 2016.

GOHN, Maria da Glória. *História dos movimentos sociais e lutas sociais: a construção da cidadania dos brasileiros*. São Paulo: Loyola, 1995.

HOLSTON, James. *Cidade modernista: uma crítica de Brasília e sua utopia*. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1993.

LIMA, Maria da Glória. *Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo*. Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Graciette Borges da Silva. Ribeirão Preto, 2002.

LIPPEL, Alexandre Gonçalves. *O direito à saúde na Constituição Federal de 1988: caracterização e efetividade*. *Revista de Doutrina da 4ª Região*, Porto Alegre, nº. 01, jun. 2004. Disponível em: <[http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao001/alexandre\\_lippel.htm](http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao001/alexandre_lippel.htm)> Acesso em: 04 de maio de 2016.

MATTOS, Ruben Araújo (org.). *Desinstitucionalização da Saúde Mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: MS/LAPPIS. 2007. pp 137-154.

MOTA, Ana Elizabete. *O mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

MOURA, Elisângela Santos de. *O direito à saúde na Constituição Federal de 1988*. In: *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XVI, n. 114, jul 2013. Disponível em: <[http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=13440](http://www.ambitojuridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13440)>. Acesso em: 25 de maio de 2016.

SCHWARTZ, Germano. *A Autopoiese do Sistema Sanitário*. *Revista do Direito Sanitário*. Volume 4, n. 1, março de 2003, pp. 50-60.

WEYLER, A. *Os caminhos das propostas de moradia para ex-pacientes psiquiátricos: as políticas públicas em saúde mental, o morar e a cidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, USP, São Paulo, 2004.

YAZBEK, Maria Carmelita. *Classes subalternas e assistência social*. São Paulo: Cortez, 2007.

## ANEXO 1



• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO INFORMADO

**TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: LOUCOS DE RUA: O ABANDONO DE PESSOAS COM BAIXOS RENDIMENTOS E TRANSTORNO MENTAL EM BRASÍLIA (BRASIL) – Estudo de caso: UNAF Areal**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL** Hana Daher do Monte – mestranda  
**MORADA/ENDEREÇO** Rua da Louça nº 59, 1º Esquerdo – 3000-244  
Coimbra / Portugal  
**CONTATO TELEFONICO** +55 61 9982 5507; +351 938 814 282

**NOME DO ENTREVISTADO**  
**(LETRA DE IMPRENSA)**

---

O(a) senhor(a) é convidado(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa intitulado “Loucos de Rua: O abandono de pessoas de baixa renda com transtorno mental em Brasília (Brasil)”. O objetivo do presente estudo é avaliar em que medida se garante a integralidade do atendimento à pessoa em situação de rua com transtorno mental no Distrito Federal. A pesquisa constitui parte fundamental para a elaboração de dissertação de Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da Universidade de Coimbra.

Este procedimento é chamado consentimento informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos a ele associados. A sua participação poderá contribuir para melhorar o conhecimento sobre a integralidade do atendimento aos indivíduos com transtorno mental, que possuem vínculos familiares extremamente fragilizados ou inexistente.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá em qualquer material escrito ou veiculado de qualquer outra forma sobre a pesquisa, incluindo a dissertação. Será mantido o mais rigoroso sigilo, sendo omitidas quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação ocorrerá por meio de entrevista sobre o assunto da pesquisa, a



qual se dará no seu local de trabalho ou no local que informar como melhor para a realização da entrevista, na data agendada, e deve durar em torno de uma hora. O conteúdo da entrevista será registado em anotações e em gravação de áudio. O(A) senhor(a) pode se recusar a participar da pesquisa e pode desistir de participar em qualquer momento sem nenhum prejuízo pessoal ou profissional.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. A Investigadora irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a da Investigadora, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização.

Os resultados da pesquisa serão divulgados nas Secretarias de Estado do Distrito Federal responsáveis pela execução das políticas públicas de Saúde e de Assistência Social, bem como na Universidade de Coimbra – UC, podendo inclusive ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob os cuidados da Investigadora.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contacto com a Investigadora por meio do telefone +55 61 9982 5507 ou do e-mail hana.daher@gmail.com.

## **1. INFORMAÇÃO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO**

Este estudo será desenvolvido nas unidades públicas de Saúde do Distrito Federal que possuem internação psiquiátrica e nas unidade pública de Acolhimento Institucional para pessoas adultas e famílias em situação de rua situada em Águas Claras denominada UNAF / Areal.

Apresenta-se como objetivo a compreensão de como é feito o atendimento e os encaminhamentos das pessoas com transtorno mental, em situação de alta hospitalar, que não possuem vínculos familiares ou comunitários, ou ainda que estejam com estes vínculos extremamente fragilizados, impossibilitados de uma reintegração imediata e sujeitos a situação de rua e desabrigo.

Trata-se de um estudo observacional e de análise do discurso, para a compreensão de como se dá o método de acompanhamento dos indivíduos acima descritos, na integralidade de seus direitos de cidadania, bem como compreender como se é realizada a

articulação entre as políticas públicas de Saúde e de Assistência Social na capital federal brasileira.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os participantes incluídos e garantir prova pública dessa proteção. As dúvidas com relação à assinatura do presente documento ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: +55 61 3325-4955.

Não serão realizadas entrevistas com doentes. Serão, portanto, entrevistados, somente servidores públicos de carreira do Distrito Federal; dentre os quais estarão: Médicos, Psicólogos, Assistentes Sociais e Educadores Sociais.

## **2. PROCEDIMENTOS E CONDUÇÃO DO ESTUDO**

### **2.1. Procedimentos**

Entrevista aberta a ser realizada com servidores públicos, especialistas, vinculados às políticas públicas de Saúde e de Assistência Social.

Avaliação de dados dos prontuários junto à unidade de acolhimento institucional.

### **2.2. Calendário das visitas/ Duração**

Prevê-se que a entrevista se realize numa visita única ao entrevistado, com duração de cerca de 1 hora. Cabe ao entrevistado saber que a pesquisa analisará detalhadamente a Lei nº 10.216/2001, de 6 de abril de 2001, também conhecida como Lei Antimanicomial, suas normas e propostas, averiguando, principalmente, a existência de prazos para a implementação do normatizado.

Será realizada uma revisão bibliográfica que assegure a delimitação de conceitos essenciais ao desenvolvimento do projeto, tais como pobreza, saúde mental, abandono e cidadania.

Posteriormente verificar-se-á a existência de unidades médicas específicas para atenção a pessoas com transtorno mental em Brasília, bem como de unidades de acolhimento, Residências Terapêuticas, e suas capacidades de atendimento.

Averiguar-se-á também a existência na UNAF / Areal de pessoas com diagnóstico de transtorno mental. Buscando compreender os limites e possibilidades de atuação com esse público, bem como a vinculação com a rede pública de Saúde, em especial a saúde mental.

Far-se-á, portanto, uma análise dos dados das instituições de ambas as políticas públicas, no intento de compreender como é feito o tratamento, encaminhamento e posterior

acompanhamento dessas pessoas com transtorno mental.

Compreendendo os transtornos mentais enquanto doenças de alta complexidade, demandantes de um atendimento continuado e específico, busca-se averiguar se a ação articulada entre Assistência Social e Saúde são suficientes para atender àqueles que encontram-se em situação de desabrigo e/ou vínculos familiares fragilizados ou rompidos.

### **2.3. Tratamento de dados**

Todos os dados recolhidos serão utilizados na dissertação de mestrado, não haverá seleção das informações prestadas pelos entrevistados, uma vez que é indispensável para a pesquisa a adequada compreensão da metodologia de trabalho das equipes de Saúde e de Assistência Social, para a percepção do tratamento e encaminhamentos que são tomados quando da alta hospitalar de um doente que não dispõe de estrutura familiar e/ou comunitária de apoio.

Tendo sempre por base a Lei nº 10.216/2001, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde mental, enumerando, em seu artigo segundo, os direitos da pessoa com transtorno mental, sendo:

- I. ter acesso ao melhor tratamento do sistema de Saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II. ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua Saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e comunidade;
- III. ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV. ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V. ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI. ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII. receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII. ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX. ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de Saúde mental.<sup>1</sup>

### **3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O ENTREVISTADO**

Considerando a resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/2012 que pondera que toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, pode-se classificar o estudo que ora se apresenta como pesquisa de risco mínimo uma vez que emprega técnicas e métodos em que não serão realizadas nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que dela participarão. Será realizada uma entrevista com a equipe de especialistas da UNAF/Areal

---

<sup>1</sup> BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Brasília: Congresso Nacional, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em 07 de julho de 2015.

e com as equipes de Serviço Social do HSVP e ISM, sendo essa não invasiva à intimidade dos indivíduos participantes.

Na presente pesquisa foram tomados os devidos cuidados para que os riscos aos entrevistados sejam minorados e os benefícios majorados. Buscando beneficiar, com o resultado final da investigação, àqueles que por ventura encontrem-se em situação de desabrigo por consequência de um transtorno psiquiátrico.

#### **4. POTENCIAIS BENEFÍCIOS**

Este estudo pode permitir um melhor conhecimento da metodologia de atendimento das pessoas com transtorno mental, baixos rendimentos e vínculos familiares fragilizados ou inexistentes. Além disso, a informação que será recolhida pode contribuir para uma melhor informação das equipes vinculadas às políticas públicas de Saúde e de Assistência Social do Distrito Federal, de forma a aprimorar a articulação em rede e buscar intervenções que assegurem a letra da Lei no que concerne a garantia de direitos de cidadania do público atendido, uma vez que compreendemos os transtornos mentais enquanto doenças de alta complexidade, demandantes de um atendimento continuado e específico.

#### **5. NOVAS INFORMAÇÕES**

Ser-lhe-á dado conhecimento de qualquer nova informação que possa ser relevante para a sua condição ou que possa influenciar a sua vontade de continuar a participar no estudo.

#### **6. PARTICIPAÇÃO/ ABANDONO VOLUNTÁRIO**

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Assegura-se, também, a retirada do seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, bem como sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com a Investigadora que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar a Investigadora se decidir retirar o seu consentimento.

A sua participação pode ser também terminada se não estiver a seguir o plano do estudo, por decisão administrativa ou decisão da Comissão de Ética. A Investigadora do estudo notificá-lo-á se surgir uma dessas circunstâncias, e falará consigo a respeito da mesma.

## **7. CONFIDENCIALIDADE**

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

Ao assinar este Consentimento Informado autoriza este acesso condicionado e restrito.

Pode ainda em qualquer altura exercer o seu direito de acesso à informação.

O formulário de consentimento informado que assinar serão verificados para fins do estudo pela Investigadora e sua equipe, e para fins regulamentares, caso necessário, por agências reguladoras noutros países. A Comissão de Ética, em Portugal, e o Comitê de Ética, no Brasil, responsáveis pelo presente estudo podem solicitar o acesso aos seus registos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com os protocolos existentes. Não pode ser garantida confidencialidade absoluta devido à necessidade de passar a informação a essas partes.

Ao assinar este termo de consentimento informado, permite que as informações prestadas neste estudo sejam verificadas, processadas e relatadas conforme for necessário para finalidades científicas legítimas.

### **Confidencialidade e tratamento de dados pessoais**

Os dados pessoais dos participantes no estudo serão utilizados somente para condução do mesmo, designadamente para fins de investigação científica.

Ao dar o seu consentimento à participação no estudo, a informação a si respeitante, designadamente a informação, será utilizada da seguinte forma:

1. Os investigadores e as outras pessoas envolvidas no estudo recolherão e utilizarão os seus dados pessoais estritamente para as finalidades acima descritas.
2. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não o(a) identifica diretamente (e não ao seu nome) serão comunicados pela Investigadora e outras pessoas envolvidas no estudo que os utilizará para as finalidades acima descritas.
3. Os dados do estudo, associados às suas iniciais ou a outro código que não permita identificá-lo(a) diretamente, poderão ser comunicados a autoridades de saúde nacionais e internacionais.
4. A sua identidade não será revelada em quaisquer relatórios ou publicações resultantes deste estudo.
5. Todas as pessoas ou entidades com acesso aos seus dados pessoais estão sujeitas a sigilo profissional.

6. Ao dar o seu consentimento para participar no estudo autoriza a Investigadora, seus colaboradores e/ou autoridades de saúde, a aceder aos dados constantes da sua entrevista, para conferir a informação recolhida e registada, designadamente para assegurar o rigor dos dados que lhe dizem respeito e para garantir que o estudo se encontra a ser desenvolvido corretamente e que os dados obtidos são fiáveis.
7. Nos termos da lei, tem o direito de, através de um dos pesquisadores envolvidos no estudo, solicitar o acesso aos dados que lhe digam respeito, bem como de solicitar a retificação dos seus dados de identificação.
8. Tem ainda o direito de retirar este consentimento em qualquer altura através da notificação ao investigador, o que implicará que deixe de participar no estudo. No entanto, os dados recolhidos ou criados como parte do estudo até essa altura que não o(a) identifiquem poderão continuar a ser utilizados para o propósito de estudo, nomeadamente para manter a integridade científica do estudo, e a sua informação prestada por meio da entrevista não será removida do arquivo do estudo.
9. Se não der o seu consentimento, assinando este documento, não poderá participar neste estudo.
10. Se o consentimento agora prestado não for retirado e até que o faça, este será válido e manter-se-á em vigor.

## **8. COMPENSAÇÃO**

Este estudo é da iniciativa da Investigadora, unicamente com financiamento próprio, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução. No entanto, se além da visita prevista e planeada, lhe forem solicitadas visitas suplementares, as despesas decorrentes dessas deslocações e eventuais perdas salariais ser-lhe-ão reembolsadas. A Investigadora suportará todos os custos inerentes aos procedimentos das visitas. Não haverá portanto qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

## **9. CONTATOS**

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:  
Presidente da Comissão de Ética da FMUC,  
Telefone: +351 239 857 707  
e-mail: [comissaoetica@fmed.uc.pt](mailto:comissaoetica@fmed.uc.pt)

ou

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/Fepecs- SES-DF

Telefone: +55 61 3325 4955

e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Hana Daher do Monte

Telefone: +351 938 814 282, +55 61 9982 5507

NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A  
MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER  
RECEBIDO  
RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

## **CONSENTIMENTO INFORMADO**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e compreendi as respostas e as informações que me foram dadas.
4. A qualquer momento posso fazer mais perguntas à Investigadora responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento, a Investigadora responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
5. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelos investigadores e por representantes das autoridades reguladoras.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos e, em particular, aceito que esses resultados sejam divulgados às autarquias competentes.

7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelos investigadores ou outrem por si designado.
8. Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
9. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão.
10. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão dos investigadores ou das autoridades reguladoras.

**Nome do Participante:** \_\_\_\_\_

**Assinatura :** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

**Nome do Investigador:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_



## ANEXO 2



• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### Guião da Entrevista – Saúde

#### Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural

**Título do projeto de dissertação:** Loucos de Rua: O Abandono de Pessoas com Baixos Rendimentos e Transtorno Psiquiátrico em Brasília (Brasil) – Estudo de caso: UNAF/Areal

**Investigadora principal (mestranda):** Hana Daher do Monte

**Orientador:** Manuel João Rodrigues Quartilho

**Co-orientador:** Vítor Manuel Oliveira Rodrigues dos Santos

As questões que se seguem enquadram-se no âmbito da dissertação para o Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, intitulada: “*Loucos de Rua: O Abandono de Pessoas com Baixos Rendimentos e Transtorno Psiquiátrico em Brasília (Brasil) – Estudo de caso: UNAF/Areal*”.

A entrevista será gravada em áudio para garantir a transcrição fidedigna das respostas do(a) entrevistado(a). A sua confidencialidade será mantida e garantida através do consentimento informado (TCLE) que assinou. Agradeço, desde já, a sua colaboração e disponibilidade.

1. Qual a sua idade?
2. Qual o seu estado civil?
3. Qual o seu nível de escolaridade?
4. Qual a sua profissão?
5. Há quanto tempo é servidor(a) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF?
6. Há quanto tempo é servidor(a) nesse unidade de saúde? Já esteve em outras unidades da Secretaria de Saúde? Quais?

7. Que motivações levaram o(a) senhor(a) a trabalhar nessa unidade de Saúde? Houve a possibilidade de escolha da unidade em que seria lotado(a)?
8. Quais motivações o(a) levaram a trabalhar com pessoas com transtorno psiquiátrico?
9. O que o(a) senhor(a) entende por cidadania?
10. O que o(a) senhor(a) entende por abandono?
11. O(a) senhor(a) tem conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil?
12. O(a) senhor(a) conhece a Lei n. 10.216 de 2001?
13. O(a) senhor(a) tem conhecimento sobre as políticas de saúde implementadas a partir da promulgação da Lei n. 10.216?
14. Na sua percepção, a aprovação da Lei n. 10.216 trouxe alguma mudança na forma de perceber as pessoas com transtornos mentais?
15. Como o(a) senhor(a) compreende a cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais?
16. Quando identificada uma pessoa com vínculos familiares e comunitários extremamente fragilizados ou rompidos, ou ainda, uma pessoa sem identificação civil, qual o procedimento para encaminhá-lo para acolhimento institucional no momento da alta hospitalar?
17. Há articulação entre os equipamentos de saúde e de assistência social para a recepção de pessoas com transtorno mental em unidades públicas e filantrópicas de acolhimento institucional?
18. Quais são os procedimentos padrões, para acompanhamento de uma pessoa com o diagnóstico de transtorno mental que esteja acolhida em uma unidade de acolhimento institucional pública ou privada?
19. Tem conhecimento da existência de residências terapêuticas no Distrito Federal?
20. Tem conhecimento da existência de residências terapêuticas no Brasil? Sabe a capacidade de acolhimento das mesmas?
21. Há a possibilidade de encaminhamento de doentes para residências terapêuticas situadas em outras unidades da federação? Se a resposta for positiva, como é feita a seleção da residência terapêutica e o encaminhamento?
22. Existem atividades terapêuticas propostas para doentes em acolhimento institucional? Se a resposta for positiva, como é garantida a sua participação?

23. Acredita que os procedimentos adotados são aqueles que melhor garantem a possibilidade de reintegração social do doente?
24. Quais são os maiores entraves para a garantia de continuidade do acompanhamento médico e terapêutico das pessoas acolhidas em unidades da assistência social?
25. Acredita que existam estratégias exequíveis de articulação com outras políticas públicas para assegurar um atendimento integral e garantidor de acesso a direitos à esses doentes? Quais seriam?
26. Em sua opinião, a política de assistência social pode ser responsável pelo acolhimento institucional dessas pessoas com transtorno mental? Seria necessário um equipamento específico para essa população?

## ANEXO 3



FMUC FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

### **Guião da Entrevista – Assistência Social**

#### **Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural**

**Título do projeto de dissertação:** Loucos de Rua: O Abandono de Pessoas com Baixos Rendimentos e Transtorno Psiquiátrico em Brasília (Brasil) – Estudo de caso: UNAF/Areal

**Investigadora principal (mestranda):** Hana Daher do Monte

**Orientador:** Manuel João Rodrigues Quartilho

**Co-orientador:** Vítor Manuel Oliveira Rodrigues dos Santos

As questões que se seguem enquadram-se no âmbito da dissertação para o Mestrado em Psiquiatria Social e Cultural da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, intitulada: “*Loucos de Rua: O Abandono de Pessoas com Baixos Rendimentos e Transtorno Psiquiátrico em Brasília (Brasil) – Estudo de caso: UNAF/Areal*”.

A entrevista será gravada em áudio para garantir a transcrição fidedigna das respostas do(a) entrevistado(a). A sua confidencialidade será mantida e garantida através do consentimento informado (TCLE) que assinou. Agradeço, desde já, a sua colaboração e disponibilidade.

1. Qual a sua idade?
2. Qual o seu estado civil?
3. Qual o seu nível de escolaridade?
4. Qual a sua profissão?
5. Há quanto tempo é servidor(a) da Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos do Distrito Federal – SEDESTMIDH/DF?

6. Há quanto tempo é servidor(a) nessa unidade de acolhimento institucional? Já esteve em outras unidades públicas da assistência social? Quais?
7. Que motivações levaram o(a) senhor(a) a trabalhar nessa unidade de acolhimento institucional? Houve a possibilidade de escolha da unidade em que seria lotado(a)?
8. Quais motivações o(a) levaram a trabalhar com população de rua ou em situação de desabrigo temporário?
9. O que o(a) senhor(a) entende por cidadania?
10. O que o(a) senhor(a) entende por abandono?
11. O(a) senhor(a) tem conhecimento acerca da Reforma Psiquiátrica no Brasil?
12. O(a) senhor(a) conhece a Lei nº 10.216 de 2001?
13. O(a) senhor(a) tem conhecimento sobre as políticas de saúde implementadas a partir da promulgação da Lei nº 10.216/01?
14. Na sua percepção, a aprovação da Lei nº 10.216/01 trouxe alguma mudança na forma de perceber as pessoas com transtornos mentais?
15. Como o(a) senhor(a) compreende a cidadania das pessoas portadoras de transtornos mentais?
16. Quando identificado um(a) acolhido que possa ser portador de transtorno mental, qual o procedimento para encaminhá-lo para tratamento médico necessário?
17. Há articulação com equipamentos de saúde mental para a recepção de pessoas com transtorno mental nessa unidade de acolhimento institucional?
18. Quais são os procedimentos padrões, quando da recepção de uma pessoa com o diagnóstico de transtorno mental na unidade?
19. Tem conhecimento da existência de residências terapêuticas no Distrito Federal?
20. Há a possibilidade de encaminhamento de doentes para residências terapêuticas situadas em outras unidades da federação? Se a resposta for positiva, como é feita a seleção da residência terapêutica e o encaminhamento?
21. Existem atividades terapêuticas propostas para doentes em acolhimento institucional? Se a resposta for positiva, como é garantida a sua participação?

22. Acredita que os procedimentos adotados são aqueles que melhor garantem a possibilidade de reintegração social do doente?
23. Quais são os maiores entraves para a garantia de continuidade do acompanhamento médico e terapêutico desses acolhidos?
24. Acredita que existam estratégias exequíveis de articulação com outras políticas públicas para assegurar um atendimento integral e garantidor de acesso a direitos à esses doentes? Quais seriam?
25. Em sua opinião, a política de assistência social pode ser responsável pelo acolhimento institucional dessas pessoas com transtorno mental? Seria necessário um equipamento específico pa
- MANUEL JOÃO RODRIGUES  
QUARTILHO  
Ora essa população?

## ANEXO 4



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
Secretaria de Estado de Trabalho, Desenvolvimento Social,  
Mulheres, Igualdade Racial e Direitos Humanos  
Secretaria Adjunta de Desenvolvimento Social  
Coordenação de Proteção Social Especial

MEMORANDO Nº 139/2016 – CPSE

Brasília-DF, 20 de abril de 2016.

À HANA DAHER,

Considerando a pesquisa “O abandono de pessoas de baixa renda com transtorno mental em Brasília/Brasil – Estudo de caso: UNAF/Areal”, que tem como objetivo geral avaliar em que medida se dá a integralidade do atendimento às pessoas em situação de rua com transtorno mental, no que concerne aos seus direitos de cidadania, em especial quando faz-se alusão ao tratamento e acompanhamento da doença mental, bem como no sentido da acolhida responsável, no Distrito Federal, por este instrumento, informo a capacidade de acolhimento da Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias Areal nos anos de 2013, 2014 e 2015:

ANO	PÚBLICO ATENDIDO	CAPACIDADE	OBSERVAÇÃO
2013	Homens desacompanhados	257 vagas	-
	Famílias	22 vagas	Cada família podia ter até 05 integrantes.
2014	Homens desacompanhados	129 vagas	-
	Famílias	22 vagas	Cada família podia ter até 05 integrantes.
2015	Homens desacompanhados	108 vagas	-
	Famílias	08 vagas	Cada família podia ter até 06 integrantes.

Atenciosamente,

**JEAN MARCEL PEREIRA RATES**  
Coordenador de Proteção Social Especial  
177.119-1

Coordenação de Proteção Social Especial  
SEPN 515 – Bloco A – nº Ancar – Edifício Banco de Brasil – Ass. Norte  
Brasília-DF – CEP 70770-501  
Telefone: (61) 3348-3546 – e-mail: cpse@segestm.df.gov.br

## ANEXO 5

### Capa

### ÍNDICE

Apresentação
1. O que é a Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias- Areal (UNAF-Areal)?
2. Qual é o objetivo principal da UNAF-Areal?
3. Quem pode ficar na UNAF-Areal?
4. Como alguém pode ser acolhido na UNAF-Areal?
5. Quais são os documentos necessários para o acolhimento na UNAF-Areal?
6. Quais são as principais ações oferecidas na UNAF-Areal?
7. Como funciona o atendimento especializado na UNAF-Areal?
8. Quanto tempo alguém pode ficar na UNAF-Areal?
9. Quais são os horários das atividades da UNAF-Areal?
10. O que eu posso trazer como bagagem e como pertences para a UNAF-Areal?
11. Como acontece a revista pessoal, dos meus pertences e/ou das minhas bagagens na UNAF-Areal?
12. Quais são os direitos dos acolhidos na UNAF-Areal?
13. Quais são os deveres dos acolhidos da UNAF-Areal?
14. Quais são as tarefas diárias dos acolhidos da UNAF-Areal?
15. Se as regras da UNAF-Areal forem descumpridas, quais são as penalidades?
Serviços e telefones úteis

### APRESENTAÇÃO

É com muita satisfação que a equipe da Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias- Areal (UNAF-Areal) traz a você o Manual do Acolhido.

O objetivo é prestar orientações sobre os serviços oferecidos, o modo de funcionamento e as regras de convivência existentes na Unidade.

O Manual do Acolhido foi preparado com base na Instrução Operacional da UNAF-Areal, pensando no atendimento de qualidade destinado às pessoas e às famílias acolhidas.

Procure ler sempre o seu Manual do Acolhido, pois ele possui informações úteis a todos(as)!

Se você tiver alguma sugestão ou dúvida sobre as informações do Manual do Acolhido, procure a equipe da Unidade.

Aproveitamos a oportunidade para desejar que tenhamos um convívio saudável, respaldado no respeito entre as pessoas e na construção de condições para a independência e o autocuidado.

*SEJAM BEM-VINDOS À UNAF-Areal!*

Equipe da UNAF-Areal



### 1. O que é a Unidade de Acolhimento para Adultos e Famílias- Areal (UNAF-Areal)?

A UNAF-Areal é uma Unidade da Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Governo do Distrito Federal (SEDEST/ GDF) que funciona diariamente, 24 horas por dia. Ela acolhe pessoas em situação de rua e desabrigo por abandono, migração e ausência de residência ou pessoas em trânsito e sem condições de se sustentar.

A Unidade é organizada em diferentes setores, a saber: Coordenação; Equipe Técnica Especializada; Setor de Acolhimento; Recepção; Núcleo de Documentação e Arquivo; Equipe de Apoio; Posto Avançado; Almoxarifado; Guarda- Volumes; Setor Administrativo; e Núcleo de Atenção à Saúde.

### 2. Qual é o objetivo principal da UNAF- Areal?

O objetivo principal é acolher adultos e famílias, buscando evitar o agravamento das situações de violência, abandono ou desabrigo e outras violações de direitos. O Serviço procura proporcionar aos acolhidos a (re)integração familiar e/ou comunitária, por meio de ações que fortaleçam sua autonomia.

### 3. Quem pode ficar na UNAF-Areal?

A Unidade acolhe adultos e famílias que estejam em situação de rua e/ou desabrigo e sem condições de se sustentar.

As vagas disponíveis na Unidade são distribuídas de acordo com perfis de atendimento. Se você e/ou sua família não estiverem dentro desses perfis, vocês serão atendidos e encaminhados para alguma Unidade que possa atender vocês.

Em cumprimento da legislação específica, possuem preferência no atendimento: idosos, gestantes, mulheres com crianças de colo, pessoas com deficiência.

Se você está acompanhado por crianças e adolescentes, é importante saber que:

- Crianças e adolescentes só podem ser acolhidos na Unidade se tiverem documentos de identificação e se estiverem sempre acompanhados pelos pais ou responsáveis legais durante o tempo de permanência na Unidade;
- Crianças e adolescentes devem permanecer acompanhados de seus pais ou responsáveis legais em todos os ambientes da Unidade.

**Garantir o respeito e o cuidado das crianças e dos adolescentes  
é dever de todos!**

#### 4. Como alguém pode ser acolhido na UNAF- Areal?

Os adultos ou as famílias podem ser acolhidos na Unidade por vontade própria ou quando encaminhados pela Rede Socioassistencial, por órgãos de outras políticas públicas setoriais e/ou por órgãos de defesa de direitos.

Por ser uma Unidade que funciona 24 horas por dia, o primeiro atendimento para acolhimento poderá acontecer a qualquer hora do dia ou da noite.

A Rede Socioassistencial é composta por: Centros de Referência de Assistência Social (CRASs), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREASs), *Centros* de Referência Especializados para População em Situação de Rua (Centros Pop) e demais serviços socioassistenciais.

Se você quiser mais informações sobre os serviços que compõem a rede socioassistencial, pergunte a alguém da equipe da Unidade.

Busque informações sempre, para garantir o acesso a seus direitos e entender como você também pode participar!

#### 5. Quais são os documentos necessários para o acolhimento na UNAF-Areal?

Para ser acolhido na Unidade, é importante que você apresente algum documento de identificação, tal como:

- Documento original com foto: Carteira de Identidade (RG- Registro Geral), ou Carteira de Trabalho, ou Carteira Nacional de Habilitação, ou Certificado de Reservista, ou Carteira de Classe.
- Para pessoas estrangeiras: passaporte atualizado ou documentação expedida pela Polícia Federal do Brasil que ateste situação regular no país;
- Para crianças e adolescentes, os pais ou responsáveis legais devem apresentar: certidão de nascimento ou Carteira de Identidade (RG- Registro Geral).

Se não tiver nenhum dos documentos acima listados, você terá que apresentar Boletim de Ocorrência policial por furto, roubo ou extravio de documentação pessoal, registrado há, no máximo, 30 dias. Esta ação é importante, a fim de garantir a proteção dos acolhidos e de agilizar providências para que você e/ou sua família possam acessar outros serviços disponíveis na comunidade.

Caso necessário, a equipe da Unidade prestará orientações e informações para que você possa dispor de condições de providenciar a documentação civil e demais registros para sua ampla cidadania.

Se você não sabe como ter acesso a sua documentação civil básica, tire suas dúvidas com nossa equipe!

## 6. Quais são as principais ações oferecidas na UNAF-Areal?

A Unidade oferece: acolhimento provisório; informações e acesso a benefícios de assistência social; local para repouso; alimentação; oferta de materiais de higiene pessoal; além de atendimento por profissionais especializados.

Como parte das ações oferecidas pela Unidade está a confecção conjunta do Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA). Ele será construído, ao longo dos atendimentos, pela pessoa/família que está acolhida e pela equipe técnica de referência. O seu objetivo é a construção do processo de saída das ruas e da autonomia da pessoa/família acolhida, tendo como referência as suas necessidades e suas potencialidades.

## 7. Como funciona o atendimento especializado na UNAF-Areal?

O atendimento especializado na Unidade se organiza em três processos centrais: a acolhida, o acompanhamento especializado e o desligamento.

### Acolhida

Quando for acolhido na Unidade, após realizar o cadastro de identificação, você será acompanhado até o local onde poderá permanecer, será apresentado às instalações físicas e será informado do funcionamento da Unidade: regras, horários e demais informações importantes para uma boa estadia na Unidade.

### Acompanhamento especializado

Um Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA) será construído por você, por sua família e pela equipe técnica responsável pelo acompanhamento do seu caso.

Esse PIA é uma forma de garantir acesso a direitos; de trabalhar com os potenciais que você e/ou sua família possam desenvolver; e de buscar superar as situações que levaram a necessidade de procurar um serviço de acolhimento institucional.

**Construindo conjuntamente o PIA e participando do alcance de suas metas, você poderá ser autor das mudanças que irão garantir seus direitos. Participe!**

### Desligamento

- Seu desligamento da Unidade poderá acontecer por sua própria vontade, a qualquer momento.
- Você também poderá ser desligado por não ter cumprido os acordos feitos no PIA e depois de ter conversado sobre esses acordos e seus descumprimentos com a equipe técnica.

- Ter superado a necessidade de permanência na Unidade também irá resultar em desligamento (por ter sido encaminhado a outro local, por ter superado a situação que levou a buscar a Unidade, entre outras situações possíveis).
- Outro fator importante que poderá ser determinante para seu desligamento da Unidade é o não cumprimento das normas e regras da Unidade. Esse descumprimento poderá levar a advertências e/ou suspensão da sua permanência nas instalações da Unidade.

## **8. Quanto tempo alguém pode ficar na UNAF-Areal?**

O tempo de permanência na Unidade é definido junto com o técnico ou Especialista em Assistência Social de referência

Inicialmente, o tempo previsto de permanência na Unidade é de até 90 (noventa) dias, que pode ser alterado, de acordo com o definido no seu Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA).

## **9. Quais são os horários das atividades da UNAF- Areal?**

Para organizar a rotina e promover a proteção dos acolhidos, a Unidade possui horários definidos para algumas das suas atividades:

Horários de entrada (retorno) na Unidade para as pessoas que já estão acolhidas:

- Das 6h30 às 08h;
- Das 11h30 às 13h;
- Das 17h30 às 19h; e
- Das 21h às 22h.

Fazer as refeições:

- Café da manhã – 07h às 08h;
- Almoço – 12h às 13h;
- Jantar – 18h às 19h; e
- Lanche Noturno – servido das 21h às 22h, para idosos, crianças, adolescentes, gestantes, lactantes e pessoas que tomam remédio controlado (com sua prescrição médica).

Assistir TV, DVD, escutar rádio:

- Das 08h às 22h;
- Para utilização desses equipamentos após as 22h, é necessária autorização prévia.

Levantamento de pessoal que pernoitará nos alojamentos:

- Diariamente, às 22h, a equipe da Unidade realiza um levantamento noturno das pessoas que pernoitarão nos alojamentos.

Sair da Unidade: em qualquer horário.

Horário de funcionamento do Guarda-Volumes

- 07h às 11h30
- 14h às 18h30

Se precisar ou quiser realizar alguma das atividades acima descritas fora do horário determinado, você deverá comunicar à Coordenação da Unidade que irá avaliar se esta poderá acontecer ou não.

### **10. O que eu posso trazer como bagagem e como pertences para a UNAF - Areal?**

As regras da Unidade existem para garantir a proteção das pessoas/famílias acolhidas e para melhorar a organização e o funcionamento do Serviço prestado. O cumprimento das regras torna o ambiente mais harmonioso, evita transtornos associados aos pertences e facilita a convivência entre os acolhidos.

- Entende-se como bagagem permitida na Unidade: roupas, materiais de higiene pessoal, mala ou mochila (sacola);
- É permitida a entrada de telefone celular na Unidade;
- Caso você traga algum pertence como aparelhos eletrônicos (ex: computador, *notebook*, *tablet*, aparelho de DVD, televisão, sons, etc.); materiais de venda (DVDs, carregadores de celular, limpador de para-brisa, etc.) e/ou ferramentas de trabalho, é necessário apresentar a sua nota fiscal.

- Todos os itens que necessitam de nota fiscal, para entrar ou permanecer na Unidade, deverão ser deixados no Guarda-Volumes, enquanto você estiver acolhido.
- Caso não seja possível você comprovar a posse dos aparelhos eletrônicos, materiais de venda ou ferramentas de trabalho com nota fiscal, você não poderá entrar com eles na Unidade. Deixe estes objetos com alguém que possa cuidar deles ou em algum outro local que seja seguro.

Você é o responsável pelos objetos que você traz à Unidade. Cuide deles!  
A Unidade possui um Guarda-Volumes que você poderá utilizar para guardar seus pertences durante o seu tempo de permanência como acolhido na Unidade.

**Lembre-se: você não poderá entrar na UNAF- Areal com objetos que não forem permitidos na Unidade ou que você não comprove serem seus por meio de nota fiscal.**

### **11. Como acontece a revista pessoal, dos meus pertences e/ou das minhas bagagens na UNAF-Areal?**

Para promover a proteção e a boa convivência entre os acolhidos, a Unidade possui algumas regras:

- Todas as vezes que o acolhido entrar na Unidade, será feita revista pessoal e de pertences no setor da Recepção;
- Será realizada revista dos pertences pessoais nos momentos da acolhida e do desligamento, pela equipe da recepção da Unidade, na presença da pessoa acolhida;
- Caso o acolhido esteja portando qualquer tipo de arma, bebida alcoólica ou droga ilícita, serão adotadas as providências cabíveis, se necessário junto aos órgãos das políticas de Segurança Pública e/ou Justiça.

## **12. Quais são os direitos dos acolhidos na UNAF-Areal?**

- Conhecer o nome, a função e a matrícula de quem o atende;
- Receber escuta qualificada de suas demandas, em atendimento com técnico ou Especialista em Assistência Social de referência que o acompanha;
- Ser informado sobre o funcionamento da Unidade, suas normas e regras.
- Ter acesso a local para guardar seus pertences, com a garantia de acesso de acordo com as regras e com os horários de funcionamento da Unidade;
- Ser acolhido junto a sua família;
- Ter acesso à alimentação: café da manhã, almoço e jantar para todos os acolhidos; e lanche noturno para idosos, crianças, adolescentes, gestantes, lactantes e pessoas que tomam remédio controlado (com prescrição médica);
- Receber kit de higiene básico (escova e creme dental, sabonete, sabão em barra para lavar roupa, toalha, desodorante, colchão e cobertor);
- Em casos de urgência e emergência de saúde, ser encaminhado para acompanhamento médico hospitalar.

## **13. Quais são os deveres dos acolhidos da UNAF-Areal?**

- Respeitar os servidores, prestadores de serviço e demais acolhidos da Unidade;
- Cumprir com as normas e horários da instituição;
- Preservar o espaço físico e equipamentos da Unidade;
- Comparecer aos atendimentos agendados e comprometer-se com os objetivos do Plano Individual e/ou Familiar de Atendimento (PIA);
- Limpar e cuidar dos pertences que são oferecidos para seu uso pessoal, bem como lavar suas próprias roupas;
- Cuidar dos seus pertences pessoais.

## **14. Quais são as tarefas diárias dos acolhidos da UNAF-Areal?**

- Arrumar a cama assim que levantar;
- Fazer a limpeza do seu alojamento;
- Tomar banho e escovar os dentes todos os dias;
- Contribuir para a preservação e a limpeza geral da Unidade;
- Contribuir para a preservação e a limpeza dos banheiros;
- Lavar, pendurar e vigiar no varal os seus pertences;

- Guardar seus pertences em local apropriado, após o uso;
- Após as refeições, descartar restos de comida e guardar materiais (ex: pratos, talheres, copos, bandejas) em local apropriado.

### **15. Se as regras da UNAF-Areal forem descumpridas, quais são as penalidades?**

Quando uma regra da Unidade for descumprida, um servidor relator fará o registro de uma ocorrência interna e encaminhará o caso para avaliação junto à equipe de Especialistas em Assistência Social para aplicação das possíveis providências internas ou externas à Unidade.

Nesse atendimento, cada caso será avaliado em suas particularidades para a tomada de decisão sobre procedimentos e a aplicação das penalidades internas à Unidade, a saber: a advertência escrita ou a suspensão do acolhimento.

Ambas as penalidades serão assinadas pelo acolhido e registradas em prontuário, explicitando-se o fato ocorrido.

Advertência Escrita: nela, o acolhido recebe uma notificação formal de que descumpriu uma norma tolerável;

- Exemplos de descumprimento: fazer refeições fora do refeitório; urinar e/ou defecar fora das instalações sanitárias.
- O acolhido é advertido e reorientado em relação ao cumprimento das normas e regras da Unidade. A primeira advertência escrita não leva à suspensão do acolhimento na Unidade.
- A partir da 2ª advertência, distintas ou reincidentes, poderá haver suspensão do acolhimento.

Suspensão do Acolhimento: nela, o acolhido fica temporariamente impedido de permanecer ou retornar à Unidade;

- Exemplos de descumprimento: portar e/ou usar armas de qualquer natureza nas dependências da Unidade; portar, distribuir, vender ou usar bebidas alcoólicas e/ou drogas ilícitas nas dependências da Unidade.
- O período de suspensão será definido junto ao Especialista em Assistência Social de referência, fundamentado na Instrução Operacional da Unidade;
- O acolhido é informado de que não poderá mais permanecer ou retornar à Unidade pelo período determinado na suspensão. O período de suspensão pode variar de três (03) à vinte e quatro (24) meses.

Se você ou alguém de sua família descumprir as regras da UNAF-Areal, o descumprimento será registrado oficialmente na Unidade, por um servidor, desencadeando uma série de providências que podem levar a advertências, a suspensão da sua permanência como acolhido e/ou a notificação junto aos órgãos de Segurança Pública e/ou de Justiça.

Contravenções penais ou crimes tipificados no Código Penal Brasileiro serão notificados para tomada de providências cabíveis junto aos órgãos de Segurança Pública e/ou de Justiça.

<b>Serviços e Telefones úteis</b>	
Polícia Militar	190
Corpo de Bombeiros	193
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	192
Serviço de Atendimento ao Cidadão do <i>GDF</i>	156
Secretaria de Direitos Humanos	100
Defensoria Pública de Taguatinga	3103-8049

**SEJAM BEM-VINDOS À UNAF-Areal !!!**