

# GUIA BRASILEIRO DE MORADIA PRIMEIRO (HOUSING FIRST)

Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos



# **GUIA BRASILEIRO DE MORADIA PRIMEIRO**

(HOUSING FIRST)

Brasília  
2022

G943

Guia Brasileiro de Moradia Primeiro (Housing First) / Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos; Melo, Tomás (coord.) Brasília Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2022.

210 p il. .:color.

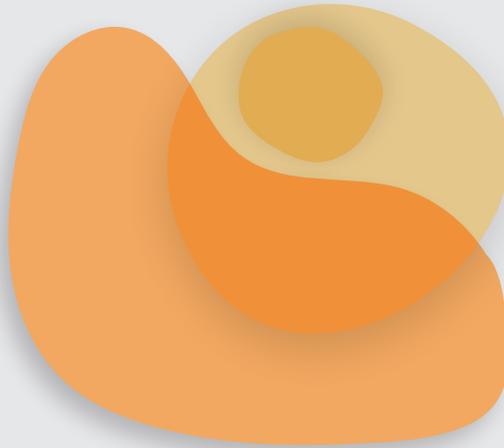
ISBN : 978-65-88137-10-9 (físico)

ISBN : 978-65-88137-08-6 (digital)

1. Moradia. 2. População em Situação de Rua. 3. Housing First. 4. Direitos Humanos 5. Políticas Públicas. I. Melo, Tomás II. Brasil. Secretaria Nacional de Promoção Global III. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

CDD 305.56

# EXPEDIENTE



Presidente da República Federativa do Brasil  
**Jair Messias Bolsonaro**

Vice-Presidente da República Federativa do Brasil  
**Antônio Hamilton Martins Mourão**

Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos  
**Cristiane Rodrigues Britto**

Secretária Executiva do Ministério de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos  
**Tatiana Barbosa de Alvarenga**

Secretária Nacional de Proteção Global  
**Mariana de Sousa Machado Neris**

Secretário Nacional Adjunto de Proteção Global  
**Eduardo Miranda Freire de Melo**

Diretora do Departamento de Proteção de Direitos de Minorias Sociais e População em Situação de Risco  
**Marina Reidel**

Coordenador-Geral de Direitos de Minorias Sociais e População em Situação de Risco  
**Carlos Alberto Ricardo Jr.**

Coordenação Técnica:  
**Carlos Alberto Ricardo Junior**

Organização e revisão:  
**Carlos Alberto Ricardo Junior**  
**Sara de Sousa Fernandes Epiácio**

Redação :  
**Instituto Nacional de Direitos Humanos da População de Rua (INRua)**  
**Tomás Melo** (Coordenador)  
**Eliane Betiato** (pesquisadora 1)  
**Vanessa Lima** (pesquisadora 1)  
**Luis Ferro** (Consultor Saúde Mental)  
**Rejane Paredes** (Consultora Viabilidade Econômica)  
**Danilo Pena** (Pesquisador 2)  
**João Bleim** (Pesquisador 3)  
**Natália Leister** (Pesquisadora 3)  
**Leonildo Monteiro** (Analista POP Rua)  
**Carlos Humberto** (Analista POP Rua)  
**Estevam Cerqueira** (Analista POP Rua)  
**Rafaella Rieseberg** (Colaboradora)  
**Tatiana Oliveira** (Administração)

Diagramação:  
**Tulio Alves**

# SUMÁRIO

<b>Capítulo 1 – Introdução ao Moradia Primeiro (Housing First)</b> .....	9
1.1. Conceito básico: população em situação de rua .....	9
1.2. Desafios da percepção sobre pessoas em situação de rua e a centralidade da moradia .....	16
1.3. O paradigma etapista .....	19
1.4. A moradia como direito .....	27
1.5. Princípios do Modelo Moradia Primeiro (Housing First): História, Princípios e filosofia .....	30
1.6. Princípios básicos do Housing First .....	36
<b>Capítulo 2 – Estudo de Viabilidade econômica</b> .....	42
2.1. Introdução .....	42
2.2. Dados Comparativos Internacionais .....	44
2.3. Dados Comparativos no Brasil .....	53
2.4. Projeto Moradia Primeiro em Curitiba .....	59
2.5. Viabilidade Econômica Moradia Primeiro no Brasil .....	60
<b>Capítulo 3 – Estruturação de Projetos Housing First</b> .....	65
3.1. Diagnóstico da situação de rua no território e estratégias de reordenamento para o modelo Housing First .....	65
3.2. Perfil profissional das equipes e formação para o atendimento .....	70
3.3. Princípios para implementação local e provisão de moradias .....	73
3.4. Contrato de aluguéis .....	79
3.5. Estruturação dos imóveis: mobília mínima .....	80
3.6. Acordo/Contrato de adesão da pessoa atendida e regras de permanência no Programa .....	81
3.7. Modelos de projetos Moradia Primeiro diferenciados por número de atendidos .....	86
<b>Capítulo 4 - Suporte e instrumentais para acompanhamento de casos</b> .....	91
<b>PRIMEIRA UNIDADE – Aproximações e delineamentos iniciais da interface entre saúde mental e moradia primeiro (Housing First)</b> .....	92
4.1. Início do atendimento e seus desafios .....	94
4.1.1. Acolhimento e vínculo .....	95

4.1.2. Suporte continuado e organização das visitas: construindo relações e possibilidades de inclusão .....	97
4.1.3. Ferramentas para levantamento de dados e sistematização das ações .	101
4.1.4. Levantamento de legislações e direitos dos moradores .....	109
4.1.5. Objetivos da equipe, a elaboração e a execução de ações terapêuticas: objetivos smart .....	112
4.1.6. Conexão com o território: rede de políticas públicas e demais instituições e serviços comunitários .....	114
4.1.7. Elaboração de objetivos da equipe .....	122
4.1.8. REPERCUSSÕES E NOVAS PACTUAÇÕES .....	126
<b>SEGUNDA UNIDADE – Moradia primeiro e estratégias de cuidado:</b>	
Acompanhamento terapêutico, inclusão pelo trabalho e cuidado à crises em discussão .....	138
4.2. Projeto terapêutico singular e saúde mental: subsídios e instrumentais para equipes de cuidado dos projetos moradia primeiro (Housing First) .....	139
4.2.1. Acompanhamento terapêutico e saúde mental: potencialidades e contribuições para os projetos moradia primeiro (Housing First) .....	149
4.2.2. Moradia Primeiro (Housing First) e a inclusão social pelo trabalho .....	153
4.2.3. Gestão e manejos de crises e recaídas .....	158
<b>Capítulo 5 - Sistema de avaliação .....</b>	<b>170</b>
5.1. Função da avaliação .....	172
5.2. Foco no sistema de avaliação .....	174
5.3. Desenho metodológico .....	175
5.4. Dimensões da avaliação .....	177
5.5. Fases da implementação da avaliação .....	179
5.6. Plano de análises .....	180
5.7. Ferramentas avaliativas .....	181
5.8. Base de registro .....	182
5.9. Ferramentas de permanência na moradia .....	183
5.10. Escalas e questionários .....	185
a) Questionário de avaliação profissional e de empregabilidade .....	186
b) Escala de autoestima de Rosenberg .....	190
c) Escala de segurança Ontológica: .....	192
d) Escala WEMWBS: .....	194
e) Apropriação de moradia (Fase de recepção) .....	196
f) Escala de avaliação de recuperação .....	198
g) Questionário de saúde SF-12 (Short Form 12) .....	200
h) Avaliação de autonomia e limpeza do espaço .....	203
i) Avaliação sobre Diversão e Lazer .....	205
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>207</b>

# APRESENTAÇÃO DO GUIA BRASILEIRO DE MORADIA PRIMEIRO (HOUSING FIRST)

No ano de 2019, o Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos (MMFDH) em parceria com a União Europeia lançou a publicação “É possível o Housing First no Brasil?”. Naquela oportunidade, tratava-se de um trabalho exploratório sobre a viabilidade de incorporação da metodologia Housing First no rol de políticas dedicadas à população vulnerável, em particular as pessoas em situação de rua. Após alguns anos de estudos, consultorias e intenso trabalho de análise sobre as boas práticas na utilização da metodologia, não há dúvida de que é possível a utilização do Housing First no Brasil.

Essa certeza impõe novos desafios, como treinamento de equipes, operacionalização e acompanhamento dos indivíduos e das famílias atendidas, investimento em aspectos legais para garantir a regulamentação da metodologia como uma política pública de Estado e, principalmente, os obstáculos envolvidos na aplicação do Moradia Primeiro em grande escala.

É nesse contexto desafiador que o MMFDH, em parceria com a Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso), tem a satisfação de apresentar o Guia Brasileiro de Moradia Primeiro (Housing First). Trata-se de uma publicação que visa a contemplar tanto os aspectos introdutórios que vão desde o conceito básico sobre população em situação de rua como os desafios da percepção sobre pessoas em situação de rua, a centralidade da moradia, a distinção entre o modelo Moradia Primeiro e o modelo Etapista e, ainda, as vantagens sociais e econômicas da primeira metodologia em relação à segunda.

As formas de operacionalização são exemplificadas nos capítulos referentes à viabilidade econômica e à estruturação do projeto aplicado à realidade brasileira. São, ainda, objetivos do segundo e terceiro capítulos a exposição dos aspectos operacionais, como perfil profissional das equipes e formação para o atendimento, os princípios para a implementação local e provisão de moradias, o contrato de aluguéis, a estruturação dos imóveis, dentre outros.

Especial atenção deve ser dedicada ao capítulo 4 que, de maneira contundente, destaca a preocupação de transformar a metodologia em uma política continuada que, além da superação da situação de rua, também vislumbra a inclusão social da população

atendida. Nesse sentido é reforçada a importância contínua de uma articulação entre políticas públicas, instituições e serviços comunitários.

Apresenta-se, portanto, uma metodologia, um processo de mudança e de fortalecimento pessoal em que a centralidade do debate é o indivíduo, a família e as estratégias de cuidado, acompanhamento terapêutico, inclusão pelo trabalho, cuidado às crises e à saúde mental, bem como o desenvolvimento de habilidades para assumir o controle da própria vida, tomar decisões e criar vínculos comunitários.

Para desbravar um tema tão delicado e mergulhar nas possibilidades de intervenção tão necessárias para minorar as crescentes estatísticas de pessoas em situação de rua, convido todos a aceitarem o desafio de desnaturalizar o olhar para aqueles que compõem a cena urbana de forma tão vulnerável e observar o que está por trás de cada mulher, homem e criança em situação de rua, assim como o que pode ser feito para que o direito básico à moradia seja reestabelecido.

Um grande abraço e boa leitura!

**Cristiane Britto**

Ministra de Estado da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos

# CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO AO MORADIA PRIMEIRO (HOUSING FIRST)

## 1.1. CONCEITO BÁSICO: POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

O termo “população em situação de rua” (PSR) tem sido amplamente utilizado no Brasil, seja em trabalhos e pesquisas acadêmicas, por movimentos sociais, profissionais das políticas públicas do Estado e organizações da sociedade civil.

A partir do estabelecimento da Política Nacional da População em Situação de Rua (PNPSR), sancionada pelo Decreto 7.053 de 23 de dezembro de 2009, a categoria é oficialmente reconhecida pelo Estado brasileiro. Neste decreto, a população em situação de rua é reconhecida como público específico, com definição própria, sujeitos de direito que precisam ser atendidos de acordo com as especificidades de seu viver e dos desafios que enfrentam. Abaixo podemos conferir a definição de população em situação de rua adotada, tal como consta na Política Nacional:

Para fins deste Decreto, considera-se população em situação de rua o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009)



Neste link você poderá conferir a Política Nacional da População em Situação de Rua na íntegra

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm)

Clique ou use o leitor QR - Code do seu dispositivo

Como pode ser observado segundo a definição no Decreto 7.053/2009, ressalta-se que a definição mencionada é estrategicamente genérica e ampla, pois reconhece que as pessoas em situação de rua se manifestam e se comportam de modo diverso e que tal diversidade deve ser considerada para fins da política pública e do acesso a direitos.

Na definição é mencionado o contexto de vida em condições econômicas desfavoráveis, por tratar-se de pessoas que vivem em circunstâncias de pobreza extrema, que frequentemente enfrentam desafios também no que diz respeito às relações familiares, podendo ter seus vínculos interrompidos ou fragilizados.

Outro aspecto aludido na definição é que, para fins da política, as pessoas que utilizam serviços especializados destinados ao segmento também são consideradas como pessoas em situação de rua, por exemplo: uma pessoa que utiliza o serviço de acolhimento institucional, ainda que vivendo nesta condição provisória de acolhimento, também é considerada como pessoa em situação de rua.

Tais demonstrações são particularmente importantes para delinear os limites do modelo de intervenção baseado no *Housing First*, na medida em que parte da crítica ao modelo de atendimento vigente deve ser traçada a partir do próprio diagnóstico da situação problemática e os limites impostos pelo atual paradigma. Dito de outra maneira, a partir das demonstrações anteriores é possível perceber que a falta de moradia permanente ou a circunstância de vida nos logradouros públicos é apenas uma dentre outras questões que, segundo o reconhecimento oficial, definem a população em situação de rua.

Um primeiro desafio que deve ser considerado é que se por um lado a situação de vida nas ruas é um fenômeno antigo, de difícil definição e que se consolidou ao longo da modernidade como um desafio enfrentado pela maioria dos centros urbanos, de outro modo, é importante notar que há uma diversidade na forma como os diferentes países desenvolveram suas terminologias para tratar da questão e que a forma como se estabeleceu tal definição no Brasil aponta para desafios específicos, que devemos resolver também do ponto de vista teórico.

Vamos, antes de tudo, entender o problema: se tomarmos de forma literal, através do conjunto das palavras que formam a expressão, podemos perceber que “população em situação de rua” é um termo tomado por sua positividade. Isso significa dizer que a descrição trata sobre o que é vivido em termos positivos: a circunstância provisória de vida nas ruas ou espaços públicos. Não se trata de uma falta, como por exemplo, a falta de moradia. Tal fato também pode ser percebido em demais termos historicamente utilizados, tais como: “moradores de rua”, “habitantes de rua”, “andarilhos”, que ressaltam características da condição vivida, não aquilo que falta.

De forma distinta, a variedade de termos utilizados em outros idiomas ressalta, sobretudo, a falta da moradia como circunstância definitiva. Na língua francesa, por

exemplo, termos como “*sans domicile fixe*” (sem domicílio fixo), *sans-logis* (sem-teto), *sans-abri* (sem-abrigo) identificam a categoria por aquilo que lhe falta.

Complementarmente, algo semelhante pode ser visto na definição de língua inglesa, a partir do uso do termo “*homeless*”, que em uma tradução literal trata-se da circunstância de não ter uma casa/lar. Em uma tradução possível, seria equivalente ao termo “sem-teto”.

Ou seja, tanto na língua francesa como em língua inglesa, a falta da moradia é o centro agregador que define a particularidade do segmento.

A abordagem segundo a variação linguística dos termos que designam o que chamamos de população em situação de rua é absolutamente reveladora do problema conceitual e metodológico que enfrentamos atualmente no Brasil. Em língua inglesa há uma expressão recorrentemente utilizada por agentes sociais que enfrentam a situação de rua: “*To end homelessness*”. Esta expressão é de difícil tradução literal em língua portuguesa, refere-se ao objetivo ou organização de ações com a finalidade de acabar com a situação da falta de moradia.

A dificuldade de tradução desta ideia é sintomática do problema que enfrentamos no Brasil. O conceito de população em situação de rua dificulta a compreensão daquilo que deveria ser nosso objetivo último, ou seja, “superar a situação de rua”, superar a circunstância que determina substancialmente a diferença entre o que entendemos como pessoas em situação de rua em oposição àqueles considerados domiciliados.

É importante pontuar que a discussão não se resume apenas a seu aspecto linguístico ou conceitual. Trata-se, em última instância, das ideias subjacentes ao que entendemos como população em situação de rua e como devemos tratar a questão.

Podemos agora dar continuidade a esta reflexão a partir de um outro ponto de vista. Tal como na definição oficial que podemos encontrar na Política Nacional da População em Situação de Rua e o estabelecimento de uma política que deve ser intersetorial, frequentemente associamos o termo (população em situação de rua) a uma complexa inter-relação entre distintos problemas. Sabemos que as pessoas em situação de rua enfrentam diversos desafios: dificuldades econômicas, acesso ao ensino e a formação profissional, desemprego, fragilidade e ruptura dos vínculos familiares e comunitários, transtornos mentais severos, uso problemático de substâncias psicoativas e, finalmente, a falta de moradia.

A aposta em uma definição que reconhece esta complexidade, mas coloca a falta de moradia no centro do problema, pode produzir divergências em virtude do paradigma tradicionalmente estabelecido, portanto, é necessário aprofundarmo-

nos nesta ideia de modo a conseguir distinguir as causas do fenômeno frente aos demais aspectos que o margeiam.

Do ponto de vista do senso comum, é frequente atribuímos tais aspectos da vida como as causas da situação de rua, mas é necessário questionar: o que diferencia essencialmente as pessoas em situação de rua dos domiciliados? Ou ainda, qual é o peso dos problemas que frequentemente fazem parte da vida em situação de rua desde uma perspectiva comparativa?

No ano de 2016 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA publicou uma estimativa nacional do número de pessoas em situação de rua. Utilizando-se de dados disponibilizados por 1.924 municípios via Censo do Sistema Único de Assistência Social (Censo Suas), estimou-se a existência de 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil.



#### **Pesquisa IPEA – 2015**

[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td\\_2246.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/26102016td_2246.pdf)

Em março de 2020, o IPEA publicou pesquisa que estimou a existência de 221.869 pessoas em situação de rua no Brasil. Nota-se que, segundo tais dados, a população em situação de rua cresceu 140% desde 2012, chegando a quase 222 mil pessoas. A análise constatou que a maioria das pessoas (81,5%) está em municípios com mais de 100 mil habitantes, principalmente das regiões Sudeste (56,2%), Nordeste (17,2%) e Sul (15,1%).



#### **Pesquisa IPEA 2020**

[http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT\\_73\\_Disoc\\_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf](http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10074/1/NT_73_Disoc_Estimativa%20da%20populacao%20em%20situacao%20de%20rua%20no%20Brasil.pdf)

Considerando os dados mais atualizados do IPEA, em que se estima a existência de quase 222 mil pessoas em situação de rua no país, podemos imaginar o quão relevante é o número de pessoas que enfrentam problemas frequentemente atribuídos como causas da situação de rua.

Um dos aspectos normalmente atribuídos como causa da situação de rua é o desemprego. Contudo, quando nos deparamos com os dados do IBGE, percebemos a

existência de 14,8 milhões de pessoas desempregadas e 52,5 milhões de pessoas na linha da pobreza, ou seja, aquelas que, segundo os critérios do Banco Mundial, vivem com até R\$436,00 por mês, e ainda, 13,6 milhões de pessoas em extrema pobreza, e que vivem com até R\$151,00 por mês.



**Dados desemprego - IBGE**

<https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>



**Dados sobre pobreza**

<https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2020/11/12/ibge-brasil-tem-quase-52-milhoes-de-pessoas-na-pobreza-e-13-milhoes-na-extrema-pobreza.ghtml>

Outro aspecto recorrentemente designado como causa da situação de rua é a atribuição dos problemas de saúde mental. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (janeiro de 2020) existem 23 milhões de pessoas com transtornos mentais no país. Dentre estes, 5 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais de nível moderado a grave.



[https://www.abrata.org.br/transtornos-mentais-afetam-700-milhoes-no-mundo/#:~:text=Segundo%20a%20OMS%20\(Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial,total%20de%20todas%20as%20doen%C3%A7as.](https://www.abrata.org.br/transtornos-mentais-afetam-700-milhoes-no-mundo/#:~:text=Segundo%20a%20OMS%20(Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial,total%20de%20todas%20as%20doen%C3%A7as.)



<https://veja.abril.com.br/saude/pesquisa-indica-que-86-dos-brasileiros-tem-algum-transtorno-mental/>

De modo complementar, a dependência de substâncias psicoativas figura atualmente como um dos aspectos mais elencados como causa da situação de rua, sendo o consumo de *crack* particularmente citado como causa que implica no aumento de pessoas em situação de rua.

Os dados do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz, apontou que aproximadamente 1,4 milhões de pessoas com idade entre 12 e 65 anos relataram ter feito uso de *crack* e similares alguma vez na vida. Este número corresponde a 0,9% do total da população de pesquisa.

Algo importante de se notar nesta pesquisa é que estes resultados devem ser observados com cautela, tendo em vista que se tratou de uma pesquisa com base em inquérito domiciliar, ou seja, todas as pessoas que foram entrevistadas para a pesquisa foram abordadas em suas casas. Desse modo, isso significa dizer que no momento da pesquisa, todos os entrevistados se encontravam domiciliados e não em situação de rua.



<https://portal.fiocruz.br/noticia/pesquisa-revela-dados-sobre-o-consumo-de-drogas-no-brasil>

A Pesquisa Nacional sobre Uso de Crack, realizada pela FIOCRUZ e publicada em 2014, deixa o argumento ainda mais evidente e ofusca as impressões mais comuns acerca dos usuários de crack, pessoas em situação de rua e a relação entre eles. A pesquisa demonstra que nas capitais brasileiras, 47,28% dos usuários entrevistados em cenas públicas de uso estavam em situação de rua, enquanto nos demais municípios essa proporção foi de aproximadamente 20%.



<https://www.ict.fiocruz.br/sites/www.ict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>

Os dados apresentados demonstram que em virtude das características próprias da ocupação urbana em capitais e outros municípios, evidencia-se que em cidades que não capitais os usuários mantinham vínculos mais estreitos com seus domicílios, enquanto nas capitais esta proporção é diferente. Ainda que se possa dizer que o número de pessoas

em situação de rua usuárias de *crack* em cenas públicas é elevado, estas informações revelam que não se verifica como correta a opinião de que a maior parte das pessoas encontradas em cenas públicas é constituída por pessoas em situação de rua.

De forma geral, os levantamentos sobre desemprego, transtornos mentais e dependência de substâncias psicoativas e consumo de *crack* revelam que o número de pessoas que enfrentam tais desafios é muito maior do que o número estimado de pessoas em situação de rua.

Percebe-se que, apesar destas questões serem enfrentadas também por pessoas em situação de rua e frequentemente incidir na dificuldade de manter-se domiciliado, não é correto definir que tais questões são as causas determinantes da situação de rua. Trata-se de problemas também enfrentados em grande parte por pessoas domiciliadas.

A exemplo dos dados sobre desemprego, percebe-se que muitas pessoas enfrentam este problema em algum momento de suas vidas. Parte dessas pessoas serão capazes de enfrentar o desemprego eventual e ainda assim conseguir realizar a manutenção do domicílio de alguma maneira, bem como pessoas que enfrentam transtornos mentais ou dependência de substâncias. Contudo, parte delas poderá chegar em uma circunstância de perda da capacidade de realizar a organização da vida domiciliada, conseqüentemente, chegando à situação de rua.

Apesar das distintas conceituações que podemos encontrar em pesquisas acadêmicas ou mesmo em definições formais que orientam as políticas públicas, a argumentação aqui proposta pretende sugerir que a diferença substancial entre pessoas em situação de rua e pessoas domiciliadas é a falta de moradia.

Para uma definição mais assertiva dos pontos aqui debatidos consideraremos população em situação de rua como o grupo populacional composto por pessoas que perderam as condições de realizarem a manutenção de suas vidas em um domicílio.

## 1.2. DESAFIOS DA PERCEPÇÃO SOBRE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E A CENTRALIDADE DA MORADIA

Como demonstrado anteriormente, podemos perceber que a própria formulação do objetivo final no atendimento à população em situação de rua é um desafio, a começar pela própria categoria/terminologia, que muitas vezes nos dificulta pensar os aspectos centrais da questão.

Complementarmente, os arranjos históricos e sociais que nos possibilitaram pensar as causas da situação de rua a partir do desemprego, dos problemas de transtorno mental ou dependência de substâncias – que inevitavelmente acentuam e problematizam a manutenção da vida nas ruas ou em sua contraparte, o domicílio – produzem um cenário específico a ser visto e tem diversas consequências na execução das políticas públicas.

Devemos questionar qual é o objetivo de atender as pessoas em situação de rua? O que gostaríamos de alcançar ao desenvolver formas variadas de serviços e estratégias de atendimento?

A separação entre o espaço público e o privado nos afeta de distintas formas, organizando diversas dimensões da nossa vida, tanto no que diz respeito às práticas da vida cotidiana quanto do ponto de nossa organização psíquica do mundo.

A moradia é o lugar em que, do ponto de vista ideal, deveria transmitir segurança e preservação dos riscos da vida pública nas ruas das cidades. É o espaço no qual organizamos nossa alimentação, o cotidiano familiar, a criação e desenvolvimento da família, que refazemos e administramos nossas condições de empregabilidade, onde podemos nos recuperar de enfermidades, acessarmos recursos para higiene, onde podemos descansar, dormir e reorganizar nossas forças para o dia seguinte. Em outras palavras, é um fenômeno central nas condições de reprodução da vida em sociedade.

A população em situação de rua é um público que, por definição, está alijado desse bem fundamental, e como que em oposição a falta desse espaço produz um outro mundo a ser visto, com linguagem, práticas, etiquetas e valores particulares. Trata-se de um cenário de ameaça da segurança ontológica, ou seja, falta segurança mínima a respeito da possibilidade de que as situações vividas irão permanecer da forma em que estão arranjadas. Quem vive em situação de rua não tem segurança sobre as necessidades mínimas, não há garantias, não tem o básico para conseguir dormir com qualidade, comer com qualidade, se higienizar ou ter acesso a condições sanitárias e procuram sobreviver tendo que buscar sanar suas necessidades de forma duramente comprometida.

Ainda que vivam em dificuldades tão aparentes e imediatas, frequentemente há um discurso de culpabilização das pessoas em situação de rua a respeito de sua própria sorte. A evidente falta de acesso a direitos e serviços básicos é escamoteada como culpa individual em virtude de más escolhas e decisões.

Um bom exemplo de como o discurso da culpa individual opera na prática é a forma como se divulga a oferta de serviços e justifica-se o número de pessoas em situação de rua. Frequentemente, em grande parte das grandes cidades brasileiras, o número de pessoas em situação de rua é superior ao número de vagas em serviços de acolhimento e demais políticas destinadas a este público. Contudo, quando gestores públicos são questionados a respeito das declarações de pessoas que não aderem aos serviços, rapidamente há o argumento de que tais indivíduos não estão dedicados a transformarem ou organizarem suas vidas, que permanecem nas ruas e não aderem aos serviços em busca de liberdade, porque escolheram viver de uma maneira alternativa, livre das convenções sociais ou pelo consumo de substâncias psicoativas.

Há uma distorção secundária no processo de culpabilização que se refere ao fato de que se a responsabilidade pelas condições de vida ou mesmo pela manutenção da vida na rua é atribuída ao indivíduo, as normas estabelecidas nos espaços de atendimento preveem um ideal de comportamento dos chamados “usuários”. As regras internas, os horários de atendimento, as normas que estabelecem a permanência ou exclusão dos serviços atendem a um ideal de administração do serviço público, não das demandas e necessidades dos atendidos. O resultado dessa equação é a dificuldade de produzir aderência do público aos serviços.

Vamos pensar numa situação exemplar: percebe-se que há um sistema de valores que assume que as causas da situação de rua são o desemprego, a dependência de substâncias psicoativas ou mesmo de transtornos mentais. No entanto, considerando tal pressuposto, muitas unidades especializadas no atendimento à população em situação de rua negam atendimento à pessoas que se encontram sob efeito de substâncias psicoativas, ou ainda, modalidades como as repúblicas que em muitos casos só aceitam pessoas que já apresentam um vínculo trabalhista.

É paradoxal pressupor a existência de um serviço especializado no atendimento a determinado público que, tão logo estes indivíduos apresentam particularidades comumente atribuídas ao segmento, tem o acesso e o atendimento negado em virtude destas mesmas características.

**Em síntese:** a formulação e perpetuação desses valores e impressões que geralmente carregamos a respeito das pessoas em situação de rua produz um cenário a ser visto. Cenário este que pressupõe a possibilidade de sanar todas as necessidades e dificuldades dessas pessoas enquanto elas ainda se encontram nessa situação, de modo

que após a resolução de todos estes aspectos (desemprego, problemas de saúde mental, dependência de substâncias psicoativas, escolaridade, dentre outros) supõem-se que as pessoas estarão prontas para serem domiciliadas e viverem de modo autônomo. Para entender melhor a esta lógica, passaremos a seguir ao escrutínio do paradigma etapista.

### 1.3. O PARADIGMA ETAPISTA

Quando nos referimos a etapismo, modelo etapista ou paradigma etapista, trata-se da forma que se convencionou chamar o modelo de atendimento que supõe distintas etapas, estratégias e serviços destinados às pessoas em situação de rua segundo o princípio de que cada uma das etapas prepara as pessoas para alcançarem o próximo nível de atendimento. É um modelo de desenvolvimento sucessivo, em que se espera que cada uma das etapas subsidie instrumentos ou qualidades, segundo a resposta e comprometimento dos usuários dos serviços visando como ponto final a autonomia plena, momento em que não se necessita mais dos serviços de atendimento.

O modelo etapista parte do princípio de que as pessoas em situação de rua, ao se depararem com diversos desafios com seus vínculos familiares, dificuldades econômicas, problemas de saúde, emprego, dependência de substâncias, dentre outros, perderam as condições de realizar a própria sobrevivência de forma autônoma e, portanto, precisam de auxílio para reorganizar suas vidas em outros termos, buscando atingir um nível desejável de bem-estar e independência.

Um importante pano de fundo lógico do modelo de atendimento etapista é que as pessoas em situação de rua são compreendidas como se tivessem desaprendido a ter uma vida domiciliada e autônoma, portanto, precisam ser instruídas pouco a pouco de modo a retomar ou criar estas condições de vida desejáveis.

No entanto, antes de avançarmos sobre os limites e problemas do modelo etapista, há algo importante a ser ponderado: não podemos ser simplistas ao deduzir ou assumir o fracasso do modelo etapista. Trata-se de um modelo adotado historicamente em diversos países durante muito tempo e guarda sua coerência interna no que diz respeito aos seus princípios. Do ponto de vista lógico, faz sentido assumir que as pessoas em situação de rua têm dificuldades de várias ordens e que precisam de auxílio e apoio especializado para solucionar estes desafios para realizar seus projetos de vida. Contudo, o resultado ótimo desse processo muitas vezes não é alcançado.

O principal problema do modelo etapista reside na expectativa de que a realização de um programa em etapas resultará em uma melhoria progressiva e ascendente das condições de vida.

## Vamos pensar este problema a partir de um exemplo:

Imagine uma pessoa, vamos chamá-la de João. João tem 30 anos, cresceu em uma família com situações de violência doméstica e com problemas econômicos críticos. As circunstâncias de escassez o levaram a parar de estudar ainda no ensino fundamental, sendo levado a começar a trabalhar nas ruas ainda quando criança. Aos poucos foi se ambientando nas ruas da cidade, conhecendo seus fluxos e regras próprias, teve os primeiros contatos com substâncias psicoativas legais e ilegais e desenvolveu uma relação de dependência severa.

Com o passar dos anos João atingiu a maioridade, a relação com sua família foi se desgastando cada vez mais, tornando a manutenção da vida domiciliada insuportável, e assim João passou a sucessivamente a permanecer cada vez mais tempo nas ruas do centro da cidade e sobreviver da venda de produtos nas ruas, frequentando os serviços de auxílio de organizações da sociedade civil e do Estado.

Aos poucos, a relação de João com a dependência de substâncias psicoativas se asseverou e começou a prejudicar cada vez mais sua saúde e bem-estar.

A partir da relação que estabeleceu com diversos serviços da rede de atendimento à população de rua, João era atendido no Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP). Eventualmente pernoitava em unidades de acolhimento institucional, mas em sua maioria, pernoitava nas ruas.

João conseguia compreender que parte das dificuldades que enfrentava para se organizar e passar bem tinha relação direta com o consumo de substâncias. Estimulado pelos profissionais que o acompanhavam a tentar resolver esta questão, conseguiu através da rede pública de atendimento uma vaga em uma comunidade terapêutica para desintoxicação.

João ficou internado em uma clínica durante 9 meses, foi dedicado e se esforçou na realização do programa oferecido pela clínica. Obteve acompanhamento médico e aprendeu diversas estratégias para lidar com sua dependência, bem como um ofício. Ao final do ciclo de internação, João recebeu alta, munido de diversos instrumentos para realizar a manutenção de sua sobriedade e com um emprego como auxiliar de cozinha em um restaurante.

Logo ao sair da clínica João precisou buscar auxílio nos serviços de atendimento para pernoite (Unidade de Acolhimento Institucional), pois não tinha economias que lhe possibilitassem alugar um espaço para morar. Iniciou as atividades em seu novo emprego e ao final do expediente retornava para a unidade de acolhimento esperando o recebimento de seu primeiro salário para começar um novo ciclo em sua vida e realizar seus projetos pessoais.

Após algumas semanas dessa rotina, João se via em grande ansiedade, realizando um trabalho novo, tendo que lidar com a sobriedade estando próximo de espaços de venda e consumo das substâncias e próximo de seus antigos colegas com quem dividia o uso de substâncias.

Certo dia houve um desentendimento na unidade de acolhimento com um colega de quarto que não o deixava dormir. O desentendimento escalonou e quase desencadeou uma agressão física. Em virtude do mau comportamento, ambos os envolvidos receberam uma restrição de 15 dias da unidade de acolhimento. Após perder a vaga, João teve que retornar às ruas.

No dia seguinte, depois de uma noite mal dormida, pediu um adiantamento no trabalho, pois havia ficado sem ter para onde ir. Com a solicitação negada, permaneceu trabalhando e dormindo na rua. Sem condições de descansar para o trabalho ou mesmo de lavar o uniforme, seu patrão desconfiou que João havia recaído e o demitiu.

Sem trabalho novamente, restrito da unidade de acolhimento, João volta para as ruas e se vê em grande frustração. Sozinho e desiludido com esta nova tentativa de organizar sua vida, João enfrenta uma recaída e retoma o uso intenso de substâncias, retornando à mesma situação inicial.

Por anedótico que possa parecer, o breve relato se repete em muitas trajetórias individuais. Com variedade em seus arranjos e particularidades, trata-se da história de muitas pessoas que tentaram – e continuam tentando – construir outros projetos e melhorar suas condições vida, mas que defrontam com diversas ordens de dificuldades, repetindo um ciclo que muitas vezes parece insuperável.

Não é raro que se conheça pessoas em situação de rua que passaram por dezenas de clínicas de reabilitação, dezenas de empregos diferentes, que concluíram cursos técnicos e de formação para o trabalho, iniciaram processos de cuidado em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) por várias vezes, passaram por diversos CENTROS POP, Unidades de Acolhimento e demais serviços destinados à população em situação de rua – em diversas cidades – passando anos e mais anos entre entradas e saídas em diversos serviços com a esperança de superar tal circunstância e falharem nesta tentativa.

A pergunta que devemos fazer, portanto, é: a conclusão dessas histórias – que chamaremos aqui de “fracasso” – é inteiramente culpa do indivíduo e de uma pretensa falta de esforço e persistência individual ou há algo no atual modelo de atendimento que dificulta a superação da situação de rua? Dito de outra maneira: em que se pese as responsabilidades de cada ator neste cenário, qual é o papel do modelo nesta equação?

Sabemos que a população em situação de rua vivencia muitos desafios em seu cotidiano. O ponto fundamental que precisamos compreender trata da dificuldade de lidar com situações complexas sem a segurança e as condições de vida em uma moradia.

De forma indireta, a lógica do modelo etapista configura uma situação em que se espera que as pessoas consigam superar diversos problemas de difícil resolução, tais como desemprego, transtornos mentais e dependência de substâncias psicoativas em condições de vida extremamente difíceis.

A impossibilidade de contar com a infraestrutura ideal em uma moradia dificulta dramaticamente os demais aspectos da vida. Imagine-se buscando formas de se manter empregado sem condições de acesso a água ou mesmo de conseguir dormir em segurança, sofrendo com doenças como diabetes ou pressão alta e não poder regular a alimentação segundo as restrições nutricionais, contando exclusivamente com a doação de alimentos como única maneira de se alimentar, lidando com transtornos mentais severos na rua, sem espaço para guardar os remédios, sem horários regulados, cuidados de terceiros ou mesmo sem um espaço de repouso ou garantia de segurança.

Os avanços e retrocessos possíveis no processo individual de cada pessoa não se dá de forma paralela ou mesmo permanente. Voltando ao exemplo anterior (do caso do João) percebemos como em um período de sobriedade ele conseguiu ficar empregado, no entanto, ao mesmo tempo, teve dificuldades com relação a garantir seu pernoite. Ao ter esta garantia ameaçada, perdeu as condições de uma boa manutenção de sua higiene e condições físicas para o trabalho. Sem emprego e sem ter onde ficar, sua motivação também foi abalada, bem como a própria sobriedade.

O cenário ideal nas entrelinhas do modelo etapista prevê uma espécie de equilíbrio desejado e esperado para as pessoas atendidas em diversos aspectos da vida. Contudo, essa dinâmica resulta em um processo que não é linear, bem como não promove o acesso à moradia definitiva. Vamos entender a seguir os motivos disso.

## MODELO ETAPISTA



É importante destacar que quando apontamos o fluxo etapista (na imagem acima), trata-se de um modelo ideal e que muitas cidades brasileiras nem mesmo conseguiram estruturar os serviços com todas estas modalidades de atendimento. Assim, os apontamentos aqui demonstrados se baseiam na experiência internacional acumulada nos últimos anos, bem como o caso de alguns municípios que conseguiram desenvolver estas etapas e ainda assim tem dificuldades para produzir casos de sucesso na superação da situação de rua.

A forma do atendimento em etapas e sua lógica de progressão ascendente parte do princípio de que os serviços oferecerão atendimento de forma a instrumentalizar o indivíduo que, por sua vez, na medida em que adere aos serviços e se compromete com seu plano de vida e projetos, será capaz de pouco a pouco realizar melhorias em sua qualidade de vida e progredir de forma autônoma.

De modo um tanto esquemático, a lógica ideal do funcionamento dos serviços se inicia com a abordagem social – também referida como busca ativa – àquelas pessoas que se encontram nas ruas e demonstram necessidade ou demandam atendimento.

Em nível semelhante estão também os CENTROS POP, um espaço de atendimento, com equipe multidisciplinar de profissionais que oferecem serviços como acesso a banho, alimentação, recreação e oficinas, bem como encaminhamentos para feitura de documentação pessoal e demais encaminhamentos disponíveis. Idealmente, a política de CENTRO POP deve ser um espaço de portas abertas, no qual as pessoas procuram espontaneamente o espaço para acessar aquilo a que ele se propõe.

Os serviços de abordagem social, bem como os CENTROS POP são uma espécie de “porta de entrada” aos serviços. Por exemplo, uma pessoa que se encontra em situação de rua pela primeira vez, sem conhecer os equipamentos disponíveis e mesmo onde buscar ajuda, provavelmente poderá ser atendida inicialmente pelo serviço de abordagem social ou CENTRO POP.

Como outro ponto desta rede, temos os serviços que oferecem pernoite, tais como as Unidades de Acolhimento Institucional e as Casas de Passagem. Trata-se de unidades para pernoite emergencial, provisória. Geralmente estes serviços oferecem instalações com quartos coletivos com uma determinada capacidade e a alimentação durante o período de estadia.

Por meio do acompanhamento individual dos casos que passaram por algum desses serviços – em sua maioria, por todos eles –, as pessoas que se mostram comprometidas com seus projetos individuais, a saber, aqueles que demonstram esforço na tentativa de buscar trabalho, buscar a sobriedade ou outros tratamentos, bem como aqueles que são avaliados por bom comportamento e que demonstram alto grau de autonomia podem ser convidados a passar para outro serviço, tais como os condomínios sociais, hotéis sociais, repúblicas ou mesmo os aluguéis sociais.

Esse terceiro nível de serviços, também referido como moradia provisória, geralmente é oferecido a estas pessoas que são avaliadas como tendo maior grau de autonomia e que se encontram em um processo de superação da situação de rua. Em outras palavras, pessoas que ainda precisam de auxílio e suporte técnico, mas que demonstram esforço e comprometimento com seu bem-estar, o que pode variar muitíssimo em termos práticos: desde a busca de se estar sóbrio até o fato

de procurar empregos ou mesmo de ter um trabalho que não garante a autonomia financeira total podem ser razões para o encaminhamento para esses serviços.

Uma boa demonstração dessa lógica é, por exemplo, casos de repúblicas e hotéis sociais que funcionam abaixo da capacidade máxima de atendimento em virtude da avaliação de que não há pessoas com “perfil” para aquele tipo de equipamento. Nesses casos, a expressão comumente utilizada é de que determinado indivíduo “não está pronto” ou que “não há pessoas com perfil” para receber determinado serviço, justificando assim a não utilização de vagas.

Há, portanto, uma consequência grave nesta lógica implícita do modelo etapista. De forma sintética, podemos concluir que no modelo etapista, quanto melhor é a situação em que o indivíduo se encontra, maior é a chance de receber serviços melhores.

Existe uma tendência de oferecer os melhores serviços para quem está em melhores condições. O sujeito convidado a estar em uma república, por exemplo, é aquele indivíduo que está em melhores circunstâncias no que diz respeito à saúde mental, que consegue fazer um certo manejo e ser funcional com as suas atividades, que tem uma excelente relação com as pessoas que o atendem, que tem um temperamento e condutas julgadas adequadas. Ou seja, a disponibilidade de serviços e divisão de vagas privilegia as pessoas com maior autonomia e capacidade de adaptação e não as que mais necessitam.

De um lado, as pessoas que demonstram maior traquejo no seu modo de vida, que são mais obedientes, que não engajam em condutas lidas como antissociais ou inapropriadas vão ganhando recompensas desse comportamento e alcançando lugares melhores. Por outro lado, aquele sujeito que está em piores condições, que vive um drama mais intenso em sua vida, vai receber o serviço com menor individualidade, privacidade e possibilidade de autonomia.

O objetivo final deste processo em que se envolve a análise dos casos e a condição dos atendidos segundo seus perfis é que se supõe que pouco a pouco estas pessoas serão preparadas para uma autonomia plena e poderão ter acesso à uma moradia definitiva/ permanente em programas habitacionais ou com seus próprios meios.

Assim, em termos conclusivos, começamos ponderando a existência de uma coerência interna na proposta do modelo etapista. Existe lógica em pensar que essas pessoas vão passar por um processo de preparação, que serão auxiliadas a entrar num determinado



Imagem: autoria INRua

ritmo e comportamento necessário para se tornar um trabalhador empregado, sóbrio ou mesmo equilibrado.

O problema fundamental nesta proposta é que as evidências das experiências internacionais têm demonstrado que esta suposição não é de fato inteiramente verdadeira do ponto de vista de seus resultados. Em contrário, o que se percebe é que a maioria das pessoas passam longos anos entrando e saindo de diversos serviços, começando seus processos novamente e dificilmente chegam ao ideal desejado de autonomia plena e superação da situação de rua.

Como falamos anteriormente, o modelo etapista tem suas particularidades e suas razões de ser. De todo modo, vale pensarmos detalhadamente, de modo a entender as dificuldades no que se refere ao modelo etapista e o objetivo de superar a situação de rua.

O primeiro aspecto que devemos salientar é no que diz respeito à organização atual do modelo etapista. De um lado, seu sistema progressivo e ascendente depende de um tipo de realização individual que mais aponta para o acaso do que para o método propriamente.

Contudo, há alguns problemas que precisamos compreender melhor. Vamos enumerá-los e entender a forma como eles se relacionam.

- 1) A forma de organização atual do modelo etapista não favorece à superação da situação de rua para maior parte das pessoas. Dentre os problemas do próprio método está a pressuposição de que a mudança se dá em etapas progressivas e de modo ascendente. Dito de outra maneira, é um modelo que não prevê a possibilidade de retrocesso, ainda que lide com ele constantemente;
- 2) Idealmente, as etapas levariam à autonomia plena, representada na moradia permanente. No entanto, existem pouquíssimas alternativas de moradia populares/ acessíveis para atendimento de pessoas em situação de rua no país;
- 3) Os serviços de acolhimento deveriam ser provisórios, mas a falta de alternativas acessíveis para moradia permanente faz com que o problema perpetue. Tendo em vista que os serviços provisórios representam praticamente tudo que há para o segmento, eles se convertem em serviços permanentes com circulação intensa.
- 4) Em um cenário de não superação e aumento numérico de pessoas em situação de rua, esse sistema é levado ao colapso e resulta no que já afirmamos anteriormente: por mais que o poder público se esforce para aumentar o número de vagas, a razão de crescimento de pessoas em situação de rua e o número já existente é maior do que a progressão das vagas.

O próprio fluxo etapista não consegue realizar aquilo que promete ou que seria seu resultado ótimo. Uma das principais razões disso é que não há política habitacional abrangente para atendimento da população em situação de rua, não há sistema de política pública que garanta o próximo passo rumo ao degrau do direito à moradia.

Serviços como a abordagem social / busca ativa nas ruas, os CENTROS POP, as unidades de acolhimento institucional e casas de passagem, bem como as moradias transitórias cumprem um papel fundamental, contudo, qual é de fato a possibilidade de acesso às moradias permanentes, e, conseqüentemente, à plena realização do modelo etapista?

Enfrentamos, portanto, problemas distintos: a falta de política habitacional em geral e especialmente em casos complexos em que as pessoas precisam de suporte para realizar a manutenção da vida domiciliada faz com que o modelo etapista culmine na reprodução e manutenção perpétua da situação de rua. Salvo raras exceções de pessoas que obtêm auxílio nos serviços e conseguem se domiciliar por conta própria.

É importante perceber que não se trata de propor o fim dos serviços existentes, mas de produzir uma readequação de modo que os serviços emergenciais sejam utilizados para sua correta finalidade. Ou seja, que se convertam de fato em serviços emergenciais, provisórios e que as pessoas atendidas permaneçam pelo menor tempo possível nestes serviços, sendo prontamente encaminhadas para vagas permanentes, visando o atendimento do maior número possível de pessoas.

## 1.4. A MORADIA COMO DIREITO

Como afirmado anteriormente, o acesso à moradia impacta a vida das pessoas de diversas formas: nos torna capaz de organizar a vida do ponto de vista econômico, social e cultural, é o ambiente que possibilita se refazer, descansar e dormir, cuidar do corpo, da alimentação e da saúde, cuidar das relações familiares e celebrar momentos importantes da vida.

A moradia também tem um importante papel em termos de organização da vida psíquica. Se por um lado possibilita organizar inúmeros aspectos da vida material, por outro lado também impacta e mesmo determina do ponto de vista psicológico e sociológico.

Na sociedade atual, há uma separação central entre os espaços públicos e privados que organiza múltiplas relações e comportamentos. Ainda que haja exceções e não se configure uma regra inabalável, tais imagens representam ideais cultivados e produzidos em diversas cenas que nos informam a respeito destes âmbitos da vida.

O espaço público, muitas vezes traduzido como o espaço da “rua”, representa o ambiente social dos riscos e incertezas, lugar em que não se tem garantias sobre o comportamento alheio e daquilo que se pode esperar ou não. É um contexto aberto a possibilidades e riscos não calculados, que presume certo nível de impessoalidade e discricção.

Diametralmente oposto, o espaço da vida privada (o espaço doméstico) sintetiza representações positivas de conforto e amabilidade, lugar da convivência entre familiares ou pessoas próximas, das relações pessoais, privadas e amorosas, ambiente de acolhimento e bem-estar, local em que se pode estar à vontade e produzir relações e ações de intimidade.

Podemos notar essas representações em diversas expressões populares que sintetizam esta ideia. Por exemplo, quando alguém é demitido de um emprego, diz-se que foi mandado para “o olho da rua” ou mesmo apenas com uma única palavra: “Rua!”. Estar na “rua da amargura” é o mesmo que estar desalentado, triste ou desiludido. Quando se avisa que “a porta da rua é serventia da casa”, presume-se que alguém está engajado em um comportamento impróprio no espaço privado. Da mesma forma, quando um jovem não se adequa ao comportamento esperado em casa com seus pais, diz-se que não se deve comportar como se estivesse com os “amigos da rua” ou como “se estivesse na rua”.

Em oposição, é comum ver placas decorativas com dizeres tais como: “lar, doce lar”, anunciando o espaço da casa como único e querido. Quando recebemos uma visita em casa, a boa educação sugere que convidemos a se “sentir em casa”, ou ainda, com a

expressão “a casa é sua”, ambas concedendo liberdade e o desejo de que a pessoa se sinta tão bem como em sua própria casa. Por vezes, em uma circunstância constrangedora para um terceiro, dizemos para que não se preocupe, pois “está tudo em casa”, ou seja, não há com o que se preocupar. Educamos os jovens para que saibam “se comportar na casa dos outros” e não ultrapasse os limites do espaço privado alheio. A expressão “entre quatro paredes” também denota uma relação de intimidade, segurança ou mesmo de segredo.

Tais exemplos nos auxiliam a entender o papel central e organizador dos espaços públicos e privados. Contudo, a falta de moradia e a situação de rua, aparenta como uma desagregação extrema da possibilidade de circulação entre estes espaços, e, conseqüentemente, destes âmbitos da vida social.

A exposição constante ao espaço público produz diversas conseqüências, uma delas é a ameaça da segurança ontológica: quem permanece o tempo todo nas ruas está inevitavelmente exposto à insegurança, aos riscos, à falta de privacidade e demais benesses do espaço privado e da segurança da moradia. E é esse cenário que agrava ainda mais as capacidades de administrar os problemas e desafios vivenciados por essa população enquanto estão nas ruas – tais como o desemprego, problemas de saúde, recaídas ou qualquer outra circunstância que se torna muito mais difícil de lidar nessas circunstâncias.

No entanto, diferentemente de exemplos como o sistema público de educação, o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as experiências de programas habitacionais não constituem um corpo vigoroso de garantia do direito a morar, para quem dele precise. Não há um sistema público de acesso à moradia.

Quando se pensa sobre o acesso à moradia no Brasil, é necessário pensá-la para além de uma mercadoria que se espera que as pessoas tenham acesso apenas segundo sua oferta e disponibilidade no mercado. Para a maior parte das pessoas, existem as seguintes formas de se ter acesso a esse bem:

- 1 – Através da compra de uma propriedade;
- 2 – Através do aluguel da propriedade de um terceiro;
- 3 – Ocupação irregular de áreas favelizadas ou de espaços inutilizados nos centros urbanos;
- 4 – Por fim, os escassos programas citados como locações sociais e benefícios temporários como aluguel social.

Não é incomum, por exemplo, que até mesmo pessoas em situação de rua se vejam desafiadas ou eticamente aflitas ao se depararem com a ideia da oferta de moradia gratuita, pois tal possibilidade coloca em xeque aquilo que conhecemos ou naturalizamos como a forma habitual de acessar a moradia.

Em caráter conclusivo, o que se tentou demonstrar é que a moradia é um direito-meio. Isso significa dizer que o processo de alienação desse bem produz dificuldades de toda ordem para realizar e acessar plenamente os demais direitos. Sendo assim, a questão que enfrentamos é justamente sobre a produção de outros mecanismos que nos permitam criar estratégias de acesso à moradia permanente para pessoas em situação de rua.

Realizar a ideia da moradia como esse direito basilar nos faz perceber também os limites do modelo etapista e a necessidade de complementá-lo, ou ainda, de inverter drasticamente a ordem dos fatores. Isso significa dizer que é através do acesso a este direito, antes de qualquer outro serviço, que os problemas das pessoas em situação de rua podem ser atenuados ou mesmo resolvidos. Este é o centro do debate sobre o Moradia Primeiro (*Housing First*) e a chave para buscarmos uma forma de superar a situação de rua em nosso país.

Com estas ideias em mente podemos passar à compreensão das particularidades do modelo Moradia Primeiro (*Housing First*).

## 1.5. PRINCÍPIOS DO MODELO MORADIA PRIMEIRO (HOUSING FIRST): HISTÓRIA, PRINCÍPIOS E FILOSOFIA



Imagem: Adobe Stock

**H**ousing First (HF) é um modelo de atendimento à população em situação de rua desenvolvido na década de 1990 nos Estados Unidos da América. Com uma filosofia e metodologia estruturada com princípios próprios, organizada pelo psicólogo Sam Tsemberis, na cidade de *New York*, no ano de 1992, e que posteriormente se estabeleceu internacionalmente como alternativa à forma de atendimento à esta população tal como a conhecemos.

O primeiro aspecto que devemos notar é que a criação do modelo *Housing First* não partiu de uma figuração teórica ou de um plano filosófico. Ao contrário, suas ideias elementares foram forjadas a partir do enfrentamento a desafios práticos.

Os antecedentes desta formulação remontam à experiência desenvolvida por Tanya Tull, na cidade de *Los Angeles*, EUA. Durante a década de 1980 ela trabalhava em um acolhimento institucional (albergue/*shelter*) e percebeu a existência de sérios problemas na forma dos serviços que prestava naquela época.

Dentre as inquietações de Tanya sobre o serviço, verificou um cenário interessante: ela estabeleceu a relação entre o perfil de pessoas atendidas, segundo a forma como eram ocupadas as vagas para pernoite no acolhimento.

Em seu estudo, Tanya percebeu três formas características de ocupação das vagas do acolhimento, descritos a seguir:

- Um grupo de pessoas que passava rapidamente pelo acolhimento, ou seja, utilizavam as vagas de pernoite apenas por um breve período.
- O segundo grupo era composto por pessoas que utilizavam as vagas por um número maior de vezes, mas que também administravam seu problema por conta própria e não precisavam mais do atendimento.
- Outro grupo era composto por pessoas que buscavam as vagas no acolhimento de forma persistente, que dependiam do acolhimento de modo contínuo e que caso não conseguissem as vagas, se encontravam nos arredores da localidade, dormindo do lado de fora, com a expectativa de conseguir uma vaga no dia seguinte.

A verificação destes perfis de uso das vagas de acolhimento permitiu a Tanya concluir que havia um problema crônico estabelecido, com uma demanda que o serviço de acolhimento não conseguia sanar.

A observação de Tanya é particularmente inspiradora para pensarmos as diferenças e limites entre o modelo etapista e o *Housing First*, bem como o lugar e o papel que os serviços que compõe o modelo etapista deveriam cumprir. Em suma, o que suas demonstrações nos permitem concluir é que o acolhimento institucional deveria ser um espaço de atendimento emergencial e provisório para aquelas pessoas que estão enfrentando uma crise em suas vidas e precisam de um espaço e tempo para reorganizar-se em outros termos.

Contudo, seguindo ainda as ideias demonstradas por Tanya Tull, o que se percebe é que os espaços atuais (Acolhimentos Institucionais) são tudo que existe em termos de atendimento e não há alternativas para este imenso contingente de pessoas que demandam os serviços de forma contínua e persistente.

Frente a esta questão, Tanya percebeu a necessidade inevitável de oferecer serviços permanentes para este grupo de pessoas que são usuários contínuos dos acolhimentos provisórios pois, de outro modo, caso não houvesse um reordenamento neste cenário, aquelas pessoas dependeriam permanentemente do acolhimento. Ou seja, os serviços emergenciais, que poderiam ser utilizados pontualmente por pessoas enfrentando crises eventuais, se converteriam num uso costumaz de vagas que, claramente, não estão organizadas para este fim, tornando-se em boa parte das vezes um serviço permanente e precarizado.

A grande ideia encampada por Tanya foi produzir um serviço distinto para esta demanda por ela identificada. Sua estratégia foi produzir programas complementares, paralelos aos serviços provisórios, para atender pessoas com desafios específicos, mas que incidem neste perfil persistente nos serviços (chamado nos EUA de crônicos). Algo que ultrapassasse a lógica dos acolhimentos provisórios e, em contrário, oferecesse um serviço de moradia com acompanhamento permanente.

No ano de 1983, Tanya foi uma das fundadoras de um programa chamado *L.A. Family Housing*, iniciativa que oferecia moradia permanente e vagas de acolhimento emergencial. No ano de 1988 ela criou outros dois serviços: um deles chamado “*A Community of Friends*” (Uma comunidade de amigos) que oferecia suporte habitacional permanente para pessoas em situação de rua com transtornos mentais, e ainda, o *Beyond Shelter* (Para além do abrigo), uma organização para promoção da estratégia *Housing First* para unidades familiares.

A estratégia e dedicação de Tanya Tull na promoção da ideia de que as famílias que utilizavam os acolhimentos deveriam ser domiciliadas o mais rápido possível foi uma importante inspiração também para o desenvolvimento da estratégia chamada de *Rapid Re-Housing* (que em uma tradução livre pode ser compreendido como “redomicílio rápido”), atualmente utilizada internacionalmente como uma estratégia de prevenção e superação da situação de rua de forma complementar ao modelo *Housing First*. O centro da metodologia é que as pessoas que passam pela circunstância de perda ou risco de perda habitacional devem ser prontamente apoiadas à manutenção de seus domicílios ou, no limite, encaminhadas a alternativas de redomicílio o mais rápido possível, evitando a situação de rua.

As ideias e ações desenvolvidas por Tanya Tull em *Los Angeles* inspiraram diretamente outro personagem central no desenvolvimento do *Housing First*, o psicólogo Sam Tsemberis.

No início da década de 1990, na cidade de *New York*, Tsemberis também se via intrigado com o número de pessoas em situação de rua e com o fato de que o sistema de atendimento, do modo como estava organizado, não conseguia oferecer alternativas reais para as necessidades das pessoas.

No ano de 1992, Tsemberis reúne um grupo de pessoas em situação de rua na tentativa de compreender suas necessidades e anseios. Rapidamente percebeu que a principal demanda das pessoas era acessar uma moradia segura e com autonomia para conseguirem deixar as ruas. Com esta ideia em vista, começou um processo semelhante àquele desenvolvido por Tanya: oferecer o acesso à moradia para posteriormente trabalhar com os demais desafios.

**Vejamos a seguir uma breve afirmação de Sam Tsemberis:**

“Começamos a levar as pessoas das ruas para um apartamento próprio [...] nada sofisticado, exceto a privacidade e a dignidade de não poder viver em um abrigo lotado. Lá, eles podiam cozinhar e comer o que quisessem, assistir televisão, fazer o que quisessem. Com dignidade.” (*TEDx, Sam Tsemberis, presentation: “Housing First: Ending Homelessness, Transforming Lives, and Changing Communities”*)

**Video da palestra de Sam Tsemberis**

<https://www.youtube.com/watch?v=HsFHV-McdP>

A citação do trecho da palestra de Sam Tsemberis é extremamente reveladora a respeito do centro ao qual o *Housing First* orbita: oferecer moradia para quem não tem, nas melhores condições possíveis, de modo que se permita ao indivíduo acessar os aspectos mais elementares do que idealmente os demais domiciliados usufruem.

Poder cozinhar, escolher a própria comida sem depender de terceiros, assistir televisão, descansar na hora que bem entender ou precisar e ter uma boa noite de sono sem estar aflito com a possibilidade de sofrer um ataque violento configura uma circunstância de bem-estar que dificilmente se tem dimensão da importância quando temos pleno acesso a estes bens.

Com um projeto piloto em ação e conseguindo demonstrar que a ideia fundamental do *Housing First* funcionava, a iniciativa foi criticada por supostamente atender pessoas que “estavam prontas”, ou seja, indivíduos com um suposto alto grau de autonomia, que já estavam prestes a superar a situação de rua e que, por este motivo, a metodologia não era tão qualificada como se promovia.

Sentindo-se desafiado por tais críticas, Tsemberis inicia um outro ciclo do projeto, dessa vez, exclusivamente com pessoas com trajetória de rua mais longa, com transtornos mentais e uso problemático de substâncias psicoativas. Nesta nova empreitada, o modelo demonstrou ser ainda mais eficaz, produzindo resultados imediatos no bem-estar das pessoas e na capacidade de administrar os desafios que enfrentam.

O psicólogo, atento aos casos mais complexos que envolviam essa população – como transtornos mentais, deficiência física ou uso de substâncias psicoativas – viu a necessidade de acompanhamento e da criação de serviços diferenciados, já que ficava evidente que o modelo estabelecido como alternativo não contemplava a superação da situação de rua de forma eficaz para a maioria dessas pessoas.

Dessa forma, Sam Tsemberis, inspirado nas ideias de Tanya Tull, ao perceber a ineficácia das políticas públicas na superação efetiva da situação de rua, organizou um corpo teórico, filosófico e metodológico que culminou no que chamamos atualmente de Moradia Primeiro (*Housing First*) e o modelo tem sido utilizado em dezenas de cidades de cidades nos Estados Unidos, passando também a ser estudado e aplicado em países da Europa e, mais recentemente, da América Latina.

De modo sucinto, o modelo Moradia Primeiro (*Housing First*) se estabelece como uma alternativa ao sistema progressivo de abrigo e casas transitórias. Ao invés de deslocar as pessoas em situação de rua por diferentes níveis de abrigo e produzir lentamente a autonomização do sujeito em etapas, o pressuposto do modelo objetiva a alocação imediata das pessoas para um local estável, seguro, com autonomia e privacidade. Enquanto as questões e desafios que comumente afetam a permanência e manutenção do domicílio são administradas pelo indivíduo (morador ou moradora) em conjunto com a equipe de suporte técnico que auxiliará na manutenção do domicílio e demais possíveis desafios.

As inquietações de Tanya Tull e Sam Tsemberis que levaram à formulação do *Housing First* partem de um conhecimento profundo e prático sobre a forma como o sistema de atendimento às pessoas em situação de rua nos EUA estava organizado. É possível dizer que ambos tinham ciência das limitações do sistema e que este tinha limitações inegáveis.

A ideia aplicada por Tanya Tull partiu da identificação de um perfil persistente no uso do serviço: pessoas que permaneciam longos períodos dependendo deste atendimento, sem alternativas ou perspectivas de superação daquela circunstância. De modo análogo, Sam Tsemberis observou pessoas que permaneceram longos períodos em situação de rua, tendo passado pelos mais diversos programas e tratamentos, que acumulavam inúmeros certificados de cursos para qualificação profissional, dentre outros elementos que frequentemente consideramos que poderão qualificar as pessoas para a superação da situação de rua, mas que ainda assim, permaneciam nas ruas pois seu problema mais fundamental (a falta de moradia) não era solucionado.

Quando consideramos a falta de demais políticas públicas estruturadas tais como: política habitacional, inserção no trabalho/geração de renda, dentre outras, a conclusão deste processo é que a política de Assistência Social e Saúde ficam sobrecarregadas com determinado perfil de atendimento e se convertem nos principais serviços acessados pelas pessoas em situação de rua, fatalmente, tornando-se absolutamente insuficientes diante das demandas.

O *Housing First* possibilita novas oportunidades no campo dos direitos contribuindo como estratégia para o reordenamento das políticas públicas e sociais, seguindo o princípio da garantia de direitos e a superação das diversas expressões da questão social.

Guardadas suas devidas particularidades, se olharmos atentamente para os serviços no Brasil, percebe-se que a realidade descrita nos EUA também pode ser encontrada em nosso país: algumas pessoas enfrentam crises pontuais e conseguem se reorganizar e não depender dos serviços de atendimento. No

entanto, infelizmente, trata-se de raras exceções. A maior parte das pessoas em situação de rua permanece nessa por muitos anos, frequentemente, por décadas.

O problema que enfrentamos em boa parte dos centros urbanos no mundo é que, infelizmente, esta rápida superação da situação de rua não se verifica como possibilidade para boa parte das pessoas. A conclusão prática deste fato é que os serviços de acolhimento, que deveriam ser emergenciais e provisórios, se tornam a principal opção para essa população. Por vezes, nem mesmo isto se torna uma possibilidade, tendo em vista que o número de pessoas em situação de rua nos grandes centros urbanos é consideravelmente superior à oferta de vagas disponíveis, fazendo com que o espaço público se torne, de fato, a única opção para a maioria das pessoas.

Devemos entender claramente que os CENTROS POP continuam sendo uma boa opção para o atendimento emergencial de demandas do dia a dia, bem como para produzir encaminhamento para demais serviços; as unidades de acolhimento cumprem um papel fundamental na oferta de vagas emergenciais para pernoite; da mesma forma que os serviços de abordagem social / busca ativa tem um papel essencial em atender as pessoas que estão nas ruas à própria sorte.



#### TIPIFICAÇÃO NACIONAL DOS SERVIÇOS

SOCIOASSISTENCIAL serviços da Proteção Social Especial - Média Complexidade (Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009).

[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf)

Tal análise nos permite afirmar que, se por um lado é importante transpor o modelo etapista para darmos um passo rumo à superação da situação de rua, isto não significa acabar com os serviços existentes que compõem o modelo etapista.

Em outras palavras, os serviços emergenciais são importantes e precisam existir! Mas precisam ser reordenados de modo que possam cumprir com sua tarefa institucional, ou seja, ser um serviço emergencial que as pessoas utilizem em momentos de necessidade, mas que haja uma alternativa permanente o mais rápido possível.

Desta maneira, isso equivale a dizer que a defesa do modelo *Housing First* não deve ser confundida com a sugestão de que os serviços existentes devem acabar. Esta adaptação ou reordenamento com o objetivo de produzir uma estratégia de superação da situação de rua deve partir de uma análise minuciosa do contexto, do tamanho da demanda, do perfil de ocupação do território e, sobretudo, da necessidade das pessoas. A transição entre modelos deve ser baseada em evidências e em um plano a longo prazo, de forma responsável e tecnicamente acurada, com orçamento específico e que vise a superação da situação de rua.

## 1.6. PRINCÍPIOS BÁSICOS DO HOUSING FIRST

O modelo *Housing First* parte da premissa que a moradia é um direito humano básico que não deve ser negado a ninguém, independente das circunstâncias de vida e dos desafios enfrentados pelas pessoas, tais como a dependência de substâncias psicoativas, os transtornos mentais severos, desemprego ou demais condições que não devem ser tomadas como restrições do direito à moradia. Conferindo ao participante estabilidade, segurança e individualidade em um espaço de proteção autogerido.

Após a entrada na nova moradia abre-se a possibilidade do atendimento às outras demandas do beneficiado pelo programa, como: acesso à saúde, documentação pessoal, acesso ao trabalho e renda, acesso à justiça, dentre outros bens sociais que possam ser derivados da relação entre a equipe técnica de suporte e o morador participante do programa.

A seguir, passaremos a uma apresentação dos princípios fundamentais do modelo *Housing First*:

### 5 PRINCÍPIOS BÁSICOS



Imagem: INRua

#### 1 - Acesso imediato à moradia, sem condições de preparação

No modelo *Housing First* não há quaisquer condições de preparação prévia ou mesmo exigências condicionantes para o acesso à moradia, tais como: necessidade de ser abstêmio do consumo de substâncias psicoativas, de estar empregado, participar de alguma organização religiosa ou qualquer outra exigência que determine aprovação para o acesso à moradia.

Tal princípio responde às estratégias de atendimento a pessoas em situação de rua que frequentemente partem do pressuposto de que o problema das pessoas é que elas não estão preparadas para viver de modo domiciliado e com autonomia. Sendo assim, precisam passar por um longo processo de preparação e socialização que permita que alcancem este desejado estágio.

Talvez seja possível afirmar que este princípio (acesso direto à moradia) é o que mais causa controvérsia e dúvida no primeiro contato com o *Housing First*. Provavelmente isso se deve ao fato de que o paradigma do modelo etapista forma nossa mentalidade de modo intenso, bem como os diversos preconceitos construídos ao longo dos anos sobre as pessoas em situação de rua, que realmente se torna difícil realizar uma circunstância de atendimento na moradia sem qualquer preparação prévia.

Vamos agora responder uma pergunta frequente, da forma mais objetiva possível: “O *Housing First* atende pessoas sem preparação prévia, mesmo quando elas sofrem com transtornos mentais severos e uso problemático de substâncias? Até mesmo os usuários de *crack*?”. A resposta é: “sim, sobretudo nestes casos”.

A versão mais longa desta resposta deve afirmar enfaticamente que o *Housing First* não parte de um sistema de triagem para classificar indivíduos enquanto mais ou menos aptos/as ao programa. Complementarmente, deve-se entender que é um erro deduzir quem serão as pessoas que vão ou não obter sucesso no programa a partir de tal ou qual perfil.

Em oposição, se alguma triagem deve ser feita é justamente para garantir que as pessoas em situação de maior vulnerabilidade sejam atendidas o mais breve e com o maior suporte possível.

O sistema baseado em triagem ou classificação de aptos ou inaptos, que procura escolher os perfis de pessoas “preparadas”, os casos “menos complexos”, em que as pessoas demonstram “maior autonomia e independência”, por definição, não configura uma aplicação ótima do modelo *Housing First*. Essa tendência de buscar “casos mais simples” é uma forma de aplicação ainda bastante dominada pela lógica etapista, determinado por este temor difuso de que as pessoas em situação de rua não irão se “adaptar” ou “se comportar adequadamente em uma moradia”. Dito de outra maneira, o modelo *Housing First* deve estar organizado justamente para atender os chamados “casos complexos” em que se demanda suporte e acompanhamento.

Na prática, os programas de *Housing First* têm um número limitado de vagas a oferecer. Isso significa dizer que é necessário criar algum critério para a distribuição de vagas, afinal, geralmente a oferta de vagas será menor que a demanda.

A metodologia HF pressupõe que seu atendimento deve ser destinado às pessoas que vivem com maior dificuldade e enfrentam as mais graves situações de vulnerabilidade

social. Contudo, como se mede de forma objetiva quem está em maior vulnerabilidade? Trata-se de uma circunstância de difícil resolução, mas que pode ser pensada internamente pelos gestores e gestoras do programa, que devem também se comprometer com criar as condições de crescimento do número de atendidos.

## 2 - Escolha do beneficiário e autodeterminação

A adesão ao projeto é livre e os encaminhamentos são feitos a partir do acordo estabelecido com o morador ou moradora que adere ao programa.

Este princípio orientador estabelece que as pessoas atendidas e suas questões e desafios devem ser o centro do atendimento. Ao contrário de um programa protocolar, com etapas, metas e objetivos pré-definidos, defende a autodeterminação dos indivíduos.

O programa supõe que as decisões e caminhos do atendimento sejam criados em uma relação de cooperação entre a equipe técnica e a pessoas beneficiadas: desde a escolha do local de moradia, às particularidades que devem ser buscadas para suprir as necessidades do morador ou moradora, direcionamentos referentes ao projeto individual, desejos e sonhos. Em outras palavras, este princípio prevê que os caminhos a serem trilhados, bem como os desafios enfrentados nas diversas etapas do atendimento devem ser decididos pelo morador ou moradora e mediado com o apoio e suporte da equipe técnica.

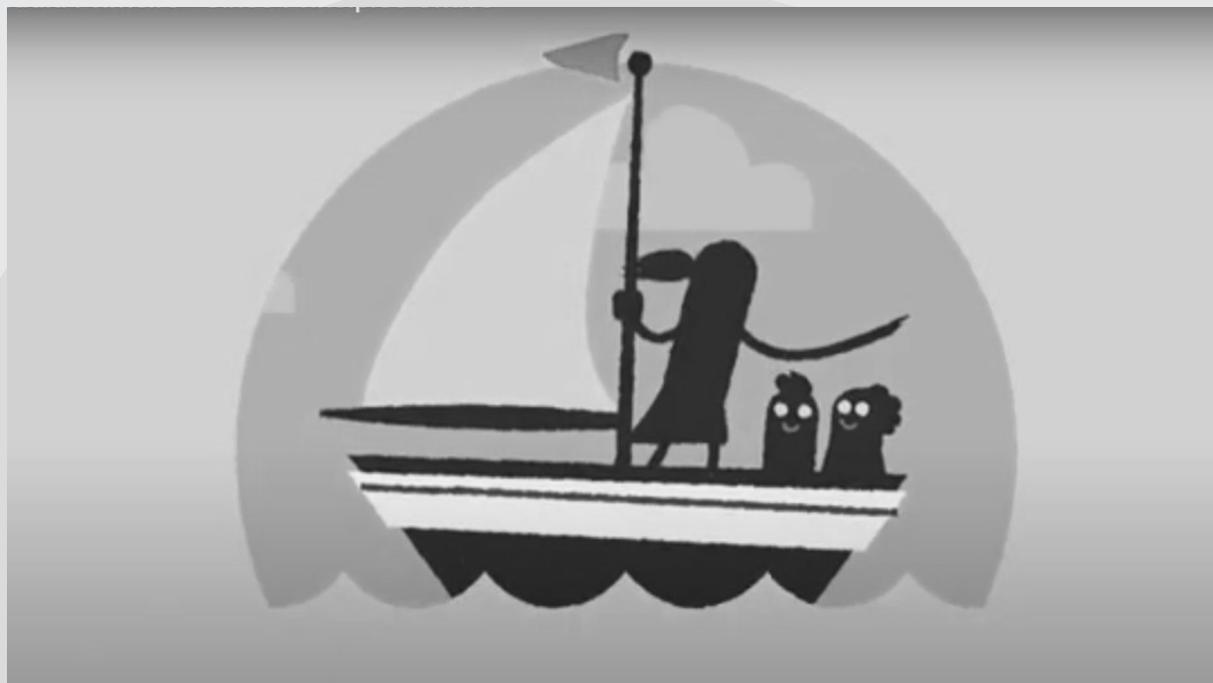


Imagem: Canva Pró

No *Housing First* são as pessoas atendidas que indicam os caminhos a serem percorridos e a equipe de suporte auxilia na realização dos objetivos, metas e sonhos de quem é atendido.

### Assista aos vídeos do projeto Casas Primeiro, em Portugal



<https://www.youtube.com/watch?v=-OinwYOKEY8>



<https://www.youtube.com/watch?v=g80MMeqp09c>

### 3 – Serviço orientado para recuperação

O foco nos desafios apontados pelo beneficiário deve acolher as demandas e criar as condições necessárias para um processo de recuperação em relação aos problemas identificados pelas pessoas.

Antes de tudo é importante avaliar quais são os aspectos problemáticos definidos pelos atendidos, de modo que se possa compreender aquilo que avaliam como desafios a serem trabalhados, melhorados e até mesmo superados.

A experiência técnica com o Housing First demonstra que as pessoas tendem a se sair melhor quando os objetivos são traçados por elas mesmas e têm a oportunidade de produzir em seu próprio ritmo o processo de recuperação, em constante avaliação com a equipe para alcançar seus objetivos.



Imagem: INRua



**Video do Projeto “Viviendas Primero” na Espanha**  
<https://www.youtube.com/watch?v=CqhfODWjBcc>

#### 4 - Suporte individualizado e guiado pelo beneficiário

O suporte individualizado pressupõe que a equipe responsável pelo projeto auxiliará individualmente o beneficiário a partir das visitas domiciliares e através do contato com os espaços de referência, políticas públicas e a comunidade circundante. Os aspectos definidos para o suporte são guiados pelo atendido, de acordo com seu reconhecimento a respeito das questões problemáticas que julga serem suas prioridades.



**Neste vídeo você pode observar um pouco mais sobre as visitas domiciliares no *Housing First***

Observação: é possível ativar as legendas e mudar o idioma  
<https://www.youtube.com/watch?v=wJNLiHFk1qs&t=26s>

#### 5 - Integração social e comunitária

Um dos principais aspectos definidores da manutenção do domicílio e, conseqüentemente, do sucesso ou do fracasso do projeto trata-se da capacidade de produção de vínculos sociais entre os moradores, moradoras e a comunidade.

Mudar-se para uma nova casa normalmente é um desafio na vida de qualquer um de nós. Por vezes demoramos para conhecer novos vizinhos, sentir familiaridade com uma nova localidade, organizar nossos trajetos nas ruas, optar pelos espaços para fazer compras ou se alimentar, dentre tantas outras variáveis que podem determinar nosso bem-estar em um novo local e com novos vizinhos.

Para as pessoas em situação de rua que passaram longos anos sem moradia, estas questões podem ser ainda mais desafiadoras. Antes de tudo, a própria requalificação de uma pessoa que se entendia como alguém em situação de rua e que passa a ser uma pessoa domiciliada tem impactos na reorganização da própria identidade e na forma como esta pessoa enfrentará os desafios e atividades cotidianas.

Se por um lado este novo arranjo pode ser muito recompensador do ponto de vista da melhora da autoestima e das condições de organização da identidade pessoal, esse processo também pode ser vivido como muito solitário.

É um tanto curioso notar que o primeiro mês em uma nova casa costuma ser o mais desafiador. Tudo é uma novidade e a pessoa demora algum tempo para começar a se ambientar, por vezes, este processo pode ser muito mais demorado. É comum que nestes primeiros meses as pessoas busquem com frequência seus antigos locais de referência, amigos e demais conhecidos do tempo em que se estavam em situação de rua, que se queixem com frequência sobre a solidão de estar em uma moradia sozinho. Algumas datas comemorativas e feriados, por exemplo, podem ser particularmente delicados do ponto de vista emocional e afetivo. Estes são alguns dos diversos desafios enfrentados na construção do bem-estar.

Devemos sempre lembrar: *Housing First* não se trata apenas de domiciliar as pessoas, mas de acompanhar seus processos e auxiliá-las na busca da resolução de seus desafios.

Se faz fundamental auxiliar o novo morador ou moradora a se conectar com a comunidade, conhecer vizinhos, aprender as rotas de locomoção no bairro, auxiliar na criação e manutenção de relações pessoais saudáveis, bem como procurar identificar e auxiliar no engajamento de atividades recompensadoras, de acordo com as particularidades e gostos pessoais de cada morador. Por exemplo: algum morador pode ter uma fé religiosa e desejar se conectar com os demais de uma mesma religião, enquanto outra pessoa pode desejar se envolver no time de futebol do bairro ou em alguma outra atividade física. Enfim, o papel da equipe técnica é tentar facilitar estes encontros e estabelecimento de vínculos sociais com a comunidade.

Compreendendo que a rua produz vínculos sociais que distinguem e identificam os sujeitos no mundo, é importante relacionar o projeto domiciliar com a produção de atividades recompensadoras, de modo que o espaço domiciliar e a convivência comunitária sejam gratificantes.

#### ASSISTA AO VÍDEO:



Cinco princípios chave do *Housing First* (legendado) Canal: INRua Brasil

[https://www.youtube.com/watch?v=G\\_awJOjwrbw](https://www.youtube.com/watch?v=G_awJOjwrbw)

# CAPÍTULO 2 – ESTUDO DE VIABILIDADE ECONÔMICA

## 2.1. INTRODUÇÃO

A metodologia e filosofia Moradia Primeiro “*Housing First*” - (HF) tem se mostrado, através de estudos comparativos, mais eficaz também do ponto de vista financeiro, comprovando ser mais econômico para a gestão pública. Além de garantir o acesso imediato ao direito à moradia, sendo um Programa que oferece a efetiva superação da situação de rua e maior dignidade humana, o HF desponta como mais barato e vantajoso aos cofres públicos, como afirma Ornelas (2019):

A evidência científica mostra que o modelo *Housing First* é a solução mais rápida, de custo-benefício mais baixo e com resultados extraordinários já estudados por várias universidades, tais como maior integração comunitária, maior bem-estar e satisfação pessoal, redução de sintomas de doenças mentais e redução do nível de dependência química e do álcool. Não é só uma casa, é uma casa que transforma e permite a recuperação total da pessoa que antes vivia sem abrigo. (<http://www.sectordialogues.org/noticia/seminario-apresenta-evidencias-cientificas-da-efetividade-do-housing-first-para-populacao-em-situacao-de-rua> . Seminário Internacional sobre Moradia para a população em situação de rua, 2019)

No entanto, é preciso aprofundar essas informações, para produzir um cenário mais coerente com relação aos gastos e custos reais para implementação do programa.

Encara-se o desafio de elaborar caminhos para a instalação da filosofia *Housing First*, seja como política pública de Estado, seja como iniciativa de organizações da sociedade civil, reconhecendo como inevitável a produção de estudos de viabilidade econômica que subsidie e potencialize a aplicação da metodologia. Este é um aspecto particularmente desafiador à medida em que os custos locais podem variar de forma relevante a depender do município que acolhe o projeto.

Torna-se assim virtualmente impossível definir um valor médio de custos que se repita em cada cidade, de forma não contextual e específica. Da mesma forma, os custos de vida

também variam enormemente de cidade a cidade, bem como os custos do fornecimento de água e energia elétrica.

Estudos onde o *Housing First* já está em funcionamento, mostram que, em média, 40% do custo da intervenção com este modelo são recuperados nos anos seguintes pela economia de gastos que os governos têm com emergências médicas e internações.

Para aprofundarmos essas questões e entendermos como de fato se dá a implementação da metodologia, apresentaremos dados de experiências internacionais que têm corroborado com a comprovação da eficácia do modelo. Em seguida, adentraremos ao cenário nacional com dados coletados por meio de Projetos vigentes no país, como a exemplo do Moradia Primeiro na cidade de Curitiba-PR, expondo que, apesar da falta de dados locais, a exemplo das experiências internacionais, sua eficácia pode ser facilmente comprovada a partir da comparação aos modelos de atendimento vigentes no país.

## 2.2. DADOS COMPARATIVOS INTERNACIONAIS

**A** Como já vimos anteriormente, o *Housing First* é um método baseado em evidências e que tem despontado no mundo todo como uma solução permanente, efetiva e econômica para a superação da situação de rua. Essas evidências são produzidas por meio do levantamento de dados que levam em conta tanto o acompanhamento durante a implementação e manutenção do programa, quanto os estudos comparativos, relacionando-os assim, com os serviços oferecidos nas estruturas já existentes em cada região onde o HF é implementado.

As demonstrações internacionais nos ajudam a entender quão importante se torna o levantamento de dados e o aprofundamento do conhecimento sobre a metodologia para que, sobretudo, a implementação da metodologia no Brasil se dê de forma embasada teoricamente em todos os aspectos.

Um estudo publicado por Pleace e Bretherton (2015), realizado na Inglaterra, demonstrou que o HF gerou uma economia por ano de € 1.400 e € 11.250 por pessoa com relação ao centro de alojamento e com os programas residenciais de grupo e com apoio intensivo, respectivamente. Além disso, foi demonstrada a redução no uso de serviços médicos de emergência e diminuição do contato com sistema de justiça criminal.

A capacidade do *Housing First* em termos de comprovação de sua eficácia e economia de gastos no atendimento, culminou em uma expressão que sintetiza esta ideia e que tem sido utilizada internacionalmente como *slogan*: “*Housing First*: fazendo mais com menos”. Ou seja, trata-se da capacidade de atender com mais qualidade, usando menos recursos que os demais modelos. Em mais um exemplo, este folder é de uma propaganda do modelo *Housing First* em *Utah*, EUA:

**UTAH GAVE HOUSING TO THEIR HOMELESS AND SAVED MONEY**

\$20,000/person      \$7,800/person

due to chronic use of emergency services      "housing first" model, with no pre-conditions

**AND CHRONIC HOMELESSNESS WENT DOWN 72%**

SOURCE: ATTN.COM/STORIES/348      **attn:**

**Tradução:**

“*Utah* forneceu moradia às pessoas em situação de rua e economizou dinheiro”.

Neste projeto *Utah* conseguiu reduzir seus gastos passando de 20 mil para 7 mil e 800 dólares por pessoa, além de diminuir os casos de situação de rua crônica em 72%.

A seguir, temos um folder de propaganda do *Housing First* na cidade de *Saskatoon*, Canadá, que informa uma economia de 688 mil dólares canadenses à cidade com o atendimento de 10 pessoas em 10 moradias individuais durante 6 meses.

**WHEN PEOPLE HAVE A HOME** 

They spend less time in  hospitals, police custody & shelters

**10 people + 10 homes**  
**6 months** **SAVED \$668,000**

 **Housing First**  
Think about it. 

Housing First is an Initiative led by the United Way Saskatoon and area. Data provided by the United Way.

**Tradução:**

Imagem: upstream

“Quando as pessoas têm uma casa elas passam menos tempo em hospitais, sob a custódia da polícia e em acolhimentos”.

A adesão das pessoas atendidas também certifica os argumentos que se tornaram a maior defesa da metodologia: percebeu-se claramente que a maior parte dos indivíduos contemplados pelo Programa conseguiu de forma efetiva lidar com seus desafios pessoais e melhorar sua qualidade de vida.

Ao contrário das expectativas, atesta-se que o ambiente do domicílio cria as condições materiais e subjetivas para a transformação da realidade das pessoas, produzindo segurança e estabilidade para que os sujeitos se tornem capazes de enfrentar toda sorte de dificuldades da vida cotidiana, tais como problemas de saúde, transtornos mentais, uso problemático de álcool e outras drogas, desemprego e ruptura de vínculos familiares.

Outro aspecto interessante no que diz respeito aos resultados do modelo é o seu sucesso em termos de permanência nas unidades habitacionais. Segundo informações da organização *Pathways Housing First* o Programa atesta uma taxa entre 85% e 90% de sucesso na retenção da moradia e manutenção do domicílio de pessoas que passaram longos anos em situação de rua.

Estes números têm sido confirmados continuamente por diversas pesquisas científicas ao longo dos últimos anos e demonstra que, ao contrário daquilo que se repete com frequência no senso comum, as pessoas em situação de rua não só desejam o acesso à moradia, quando tem a chance de se domiciliar, buscam alcançar as condições de permanecer na moradia.

São diversas as causas que levam uma pessoa a situação de rua, e o perfil de cada pessoa também se modifica de acordo com o território. Por exemplo: nos Estados Unidos, parte da População em Situação de Rua (PSR) é composta por veteranos de guerra com traumas e sequelas profundas desta experiência, já a PSR em Barcelona, na Espanha, está composta em grande parte por imigrantes (47% são pertencentes a países que não fazem parte da União Europeia), e também pessoas desempregadas (45%).

Por sua vez, em boa parte das cidades na América Latina essa condição está muito associada ao desenvolvimento desigual e a posição destes países na geopolítica mundial e na subalternização econômica, bem como as próprias consequências do colonialismo e da escravidão que reproduz persistentemente as condições de desemprego, miséria e racismo institucional. A exemplo do Brasil, percebe-se que a população em situação de rua é composta sobretudo por homens negros em idade economicamente ativa. [TM2]

Um dos exemplos mais referenciados internacionalmente como boa prática é o caso de Alberta, no Canadá, que criou um plano de dez anos com metas e objetivos para superar a situação de rua na província. Foi criado um cronograma, com orçamento específico, total de pessoas que seriam atendidas no primeiro ano, para que em dez anos houvesse a superação da situação de rua em Alberta. Esse audacioso plano, realizou a adequação dos serviços que já existiam, incrementando os ideais do HF para conseguir diminuir de forma eficaz o número de PSR. Uma das primeiras constatações, já no primeiro ano de atuação, foi que existia um custo de \$100.000 por pessoa no modelo antes vigente, e com a implementação do HF o custo passou para \$35.000 ao ano.

Ainda falando sobre o Canadá, dados mostram que a falta de moradia custava cerca de 7.05 bilhões de dólares canadenses/ano em 2013 aos cofres públicos, incluindo os serviços de albergues, sistemas de apoio, saúde, segurança etc. (THE HOMELESS HUB; CAEH, 2013). Um estudo feito em 2008 sugere que na Columbia Britânica, uma das províncias do Canadá, um sem-teto custava 55 mil dólares canadenses por ano ao sistema público (Patterson et al., 2008 apud GAETZ, 2012). Estima-se, porém, que se fosse oferecida moradia e suporte adequado a essa população esse custo iria para 37 mil dólares canadenses/ano, o que economizaria 211 milhões anualmente. A figura a seguir mostra o custo médio mensal de cada serviço para hospedar alguém em situação de rua.

AVERAGE MONTHLY COST OF HOUSING SOMEONE WHILE HOMELESS



**Tradução nossa:**

Imagem: GAETZ,2012.

*Shelter Bed*: Cama em Abrigo; *Provincial Jail*: Prisão da Provincia; *Hospital Bed*: Leito em Hospital; *Rental Supplement*: Suplementos de aluguel; *Social Housing*: Habitação Social.

Em Portugal um dos Programas de HF é o Casas Primeiro, que começou a ser desenvolvido em um projeto piloto no ano de 2009 pela Associação para Estudos e Integração Psicossocial (AIEPS), que trabalha com questões relativas à saúde mental, priorizando então o atendimento no programa a esse grupo de pessoas também em situação de rua. O programa financia o aluguel, mobílias, equipamentos básicos e contas como água, luz e gás. Nos casos em que os participantes recebem alguma renda, contribuem com 30% de seu rendimento mensal para cobrir parte dos custos. Além disso, o programa HF garante o serviço de suporte individual, acompanhamento e apoio continuado ao participante (AIEPS, 2021).

Em Lisboa, segundo uma publicação feita em 2017 (MENEZES, 2021), o custo do HF era de 16 euros por pessoa por dia, considerando o custo do aluguel e da equipe envolvida no programa. Na mesma época o custo com quartos mantidos pelo poder público era de 18 euros por pessoa / dia e o custo com um albergue público era de 20 euros por pessoa / dia. Esses valores mostram que o custo com o *Housing First* é mais vantajoso que os demais modelos utilizados para atendimento. Além da economia com a moradia e atendimento a essa população, em 2013 o Casas Primeiro calculou que a hospitalização psiquiátrica com enfermidades agudas tem o custo médio de 2500 euros por pessoa. No mesmo relatório observa-se que o número de internações psiquiátricas em hospitais diminuiu 90% após a mudança para a habitação (ORNELAS, 2013), o que também diminuiu muito os gastos públicos.

Na França o programa de HF é o *Un Chez Soi d'Abord*, lançado no ano de 2011 em Marselha, Lille, Toulouse e Paris. O programa calcula que o gasto médio estimado no ano por pessoa é de 14 mil euros por beneficiário. Este custo inclui aluguel, acessórios e salários de pessoas envolvidas no programa.

Em um relatório quantitativo publicado em 2016 (TINLAND et. al, 2016), mas que analisou o período entre o ano de 2011 e 2014, foram comparados dois grupos, um denominado OH, que representavam as pessoas que utilizam as Ofertas Habituais de serviços de alojamento, saúde e serviço social, e um grupo experimental denominado UCS, que se refere às pessoas que participam do programa *Un Chez Soi*. A utilização de ambos os serviços mostrou uma queda considerável no uso de serviços médicos, com maior queda no grupo UCS. Também é possível perceber uma queda nos custos com albergamento no grupo UCS, enquanto há um aumento de gastos no grupo OH. Observe a figura abaixo.

### Evolução dos custos ao longo dos 2 anos de acompanhamento do HF na França

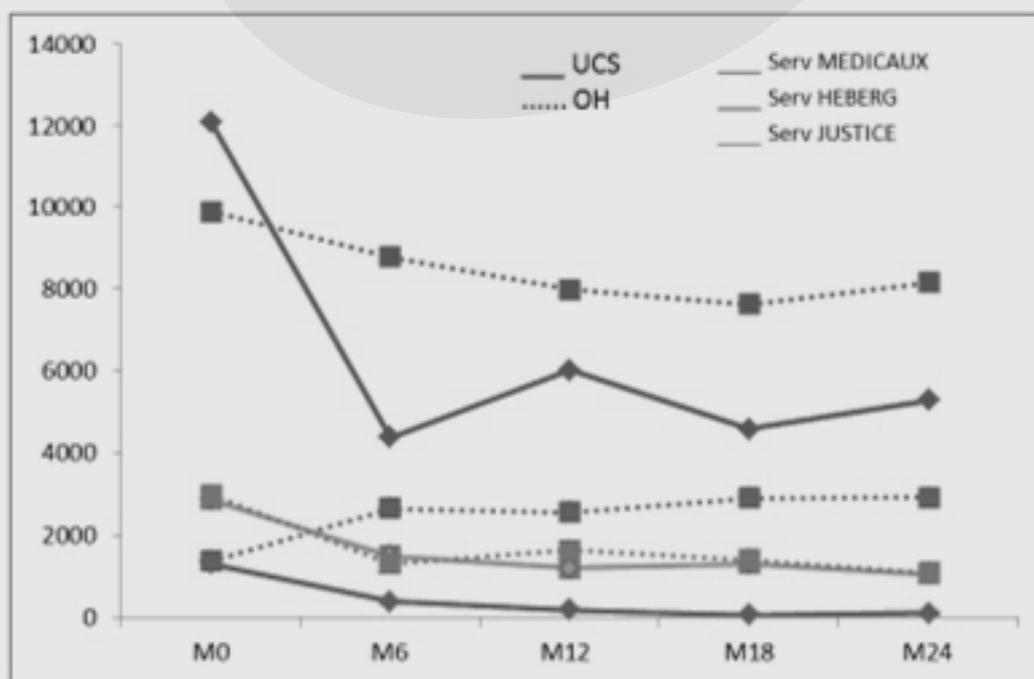


Figure 3-2 a : Evolution des coûts sur les 2 ans de suivi

Imagem: TINLAND, 2016, p.9.

<sup>1</sup> Onde se lê *Serv MEDICAUUX*, *Serv HEBERG* e *Serv JUSTICE* lê-se respectivamente: Serviços médicos, serviços de albergamento e serviços de justiça.

Na comparação de custos de serviços constatou-se que 70% dos gastos evitados vêm da diminuição da hospitalização de pacientes psiquiátricos (TINLAND et.al, 2016). Ainda segundo o relatório, a UCS permitiu a redução com gastos anuais de diversos serviços no grupo OH, resultando em uma diferença anual de 17.500 euros entre os dois grupos, compensando assim todo o custo do programa *Un Chez Soi d'Abord*.

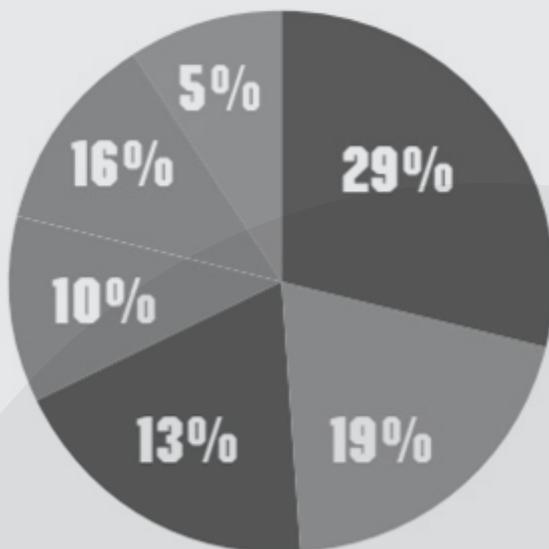
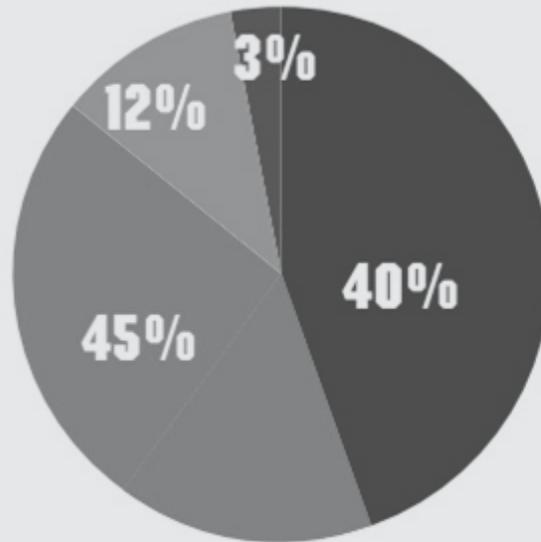
Na Espanha o programa *Hábitat* iniciou em 2014 através de uma instituição sem fins lucrativos, independente e plural chamada *Hogar Sí*. O perfil dos atendidos no programa espanhol é específico e vai de encontro com a essência da metodologia, pessoas que precisam de suporte constante e que se encontram a muito tempo em situação de rua. *Hogar Sí* conta com uma ampla rede de parceiros e financiadores, e os fundos arrecadados são

distribuídos nas diversas áreas que o programa contempla, como mostra a figura abaixo.

**Os gráficos mostram a origem e o destino dos fundos do programa *Housing First* na Espanha em 2020.**

**FINANCIACIÓN**

- SUBVENCIONES PÚBLICAS
- CONTRATOS PÚBLICOS
- FINANCIACIÓN PRIVADA
- FINANCIACIÓN PROPIA



**DESTINO DE LOS FONDOS**

- ACCESO A LA VIVIENDA
- CUIDADO DE LA SALUD
- EMERGENCIA SOCIAL Y NECESIDADES BÁSICAS
- EMPLEO Y ECONOMÍA SOCIAL
- ADMINISTRACIÓN Y CAPTACIÓN DE FONDOS
- INCIDENCIA SOCIAL Y POLÍTICA

Imagem: HOGAR SÍ, 2021(A), slide 25.

Atualmente o gasto com o *Hábitat* é de 48 euros por dia para cada vaga no programa, como mostra a Figura 3.

**Gastos por dia e pequeno relatório do programa *Hábitat* na Espanha**



DAS PESSOAS MANTÊM SUAS CASAS

**48**

**EUROS POR DIA** É O CUSTO DE UMA VAGA NA HABITAT. É SEMELHANTE OU MAIS BARATO DO QUE MUITOS DOS OUTROS RECURSOS EXISTENTES E OFERECE UMA CASA ESTÁVEL E UMA INTERVENÇÃO DE MAIOR GRAU



DAS PESSOAS RECUPERARAM SEUS LAÇOS FAMILIARES

Imagem: HOGAR SÍ, 2021(B), tradução automática do Google Chrome.

Um estudo realizado por García (2016) mostra que o custo do HF na cidade de Barcelona era de 15.406,65 euros por ano, maior que os custos com abrigos de emergência e os abrigos comuns (como mostra a figura abaixo), porém os custos com abrigos emergenciais e comuns não contemplam outros gastos, como de hospitais, encarceramento, serviços públicos, entre outros, além de serem modelos ineficazes que não garantem uma solução permanente a situação de rua (FGV; DPERJ, 2017).

### Gastos por dia e pequeno relatório do programa *Hábitat* na Espanha

	Por pessoa/noite	Por ano
Custo do Projeto Hábitat (Barcelona)	42,21 EUR	15,406,65 EUR
Custo de um abrigo de emergência	28,32 EUR	10,336,80 EUR
Custo de um abrigo comum	39,34 EUR	14,359,10 EUR

Imagem: FGV Direito Rio; DPERJ, 2017, p. 61.

O custo do Programa *Hábitat* varia muito de acordo com a localidade, por exemplo, em *Madrid* o custo era de 28,61 euros por pessoa/noite, onde o HF trabalha com unidades de habitação social, diferente de Barcelona que as habitações provém do mercado privado (GARCÍA, 2016).

Outra cidade que implementou o *Housing First* e demonstra resultados robustos tanto na superação da situação de rua quanto das vantagens econômicas é *Austin*, no *Texas*. Segundo a *Integral Care* a adoção do *Housing First* permite a economia de 1,4 milhões de dólares em dois anos (INTEGRAL CARE, s.d.). Veja abaixo a figura que mostra os gastos com serviços à população em situação de rua em *Austin* antes e depois da adoção do modelo HF.

### Resultado do Modelo *Housing First* em *Austin*<sup>2</sup>



Imagem: INTEGRAL CARE, s.d.

**Tradução própria:**

*Before receiving services:* Antes de receber os serviços; *After 2 Years of Care:* Após 2 anos de cuidados; *Emergency Room Visits:* Visitas a Pronto Socorro; *SEM 911 Calls:* Serviços de emergências médicas ao 911; *Psychiatric Hospital Admissions:* Admissões em Hospitais Psiquiátricos; *Total de dias em Hospitais;* *This is saving of 1.4M in psychiatric hospitalization costs over two year:* Isso representa uma economia de \$1,4 milhões em custos de hospitalização psiquiátrica ao longo de dois anos.

Na América Latina o *Housing First* chegou ao Chile em 2018 com o nome de *Vivienda Primero* e é financiado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Família. O Programa disponibiliza aos participantes uma moradia estável e serviços de apoio. Algumas habitações são compartilhadas e objetiva-se que 30% do rendimentos do participante do programa sejam colocados para arcar com gastos do programa e, quando as pessoas não possuem rendimentos o Estado provê o necessário, como por exemplo, o pagamento de contas e alimentação (FERNÁNDEZ, 2021).

O programa atualmente tem o custo médio de 5,5 milhões de pesos por participante, sendo que o custo tende a ser mais alto no começo devido ao investimento com infraestrutura (FERNÁNDEZ, 2021).

No Uruguai o programa *Vivienda com Apoyo* do Ministério de Desenvolvimento Social também segue os princípios do *Housing First*. Nesse programa cada participante recebe uma única parcela de 40 mil pesos para que as próprias pessoas atendidas pelo programa comprem seus móveis. Atualmente o governo uruguaio gasta cerca de 46 mil pesos por mês com uma pessoa em um abrigo, sendo que pelo modelo HF o custo é de aproximadamente 22 mil pesos mensais.

O programa faz uma avaliação a cada doze meses com os participantes, esperando que a partir do segundo ano este já tenha a possibilidade de arcar com custos com alimentação e aluguel. O governo uruguaio anunciou que pretende investir mais de 100 milhões de pesos por ano no *Housing First* no país (SOLOMITA, 2021).

Como vimos acima, os dados levantados baseiam a formatação da metodologia de forma robusta e evidente, demonstrando que a implementação do *Housing First* pode se dar independente da realidade local, do tamanho do município, das diferenças do perfil da própria população em situação de rua e da origem dos recursos e parcerias estabelecidas para tal.

Para além do acesso imediato à moradia, verificamos que os gastos diminuem não apenas no que se refere a este aspecto, mas abrangem os custos com saúde, segurança pública, trabalho e saúde mental, entre outros. Esses resultados são significativos no que se refere ao planejamento e execução de políticas públicas eficazes e especializadas para esta população.

## 2.3. DADOS COMPARATIVOS NO BRASIL

Os estudos internacionais que acabamos de ver nos mostram tanto a abrangência da metodologia no mundo todo, quanto às evidências significativas de que a implementação do Programa se torna economicamente viável e eficaz, em contextos dramaticamente diversos, seja na América do Norte, Europa e América Latina.

Todos os comparativos que trouxemos até aqui tem como base a estrutura de atendimento utilizada em cada uma das regiões implementadas, levando em conta a realidade local e as particularidades de cada cidade, estado e país.

No Brasil o atual modelo de atendimento e serviços destinados à esta população estão alicerçados nos princípios e diretrizes da Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), instituída em 2009 pelo Decreto nº 7.053, que consiste no principal marco de reconhecimento desse público pelo Estado, priorizando uma ação descentralizada articulada entre a União, Estados e Municípios.

Apartir da PNPSR surgem os primeiros serviços públicos direcionados especificamente à população em situação de rua, em vista ao reconhecimento do segmento enquanto sujeitos de direito, com equipamentos específicos para efetivação dos direitos segundo as particularidades de seu viver. Entre as ações prestadas sob essa normativa, estão serviços especializados, tais como: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CENTRO POP), Serviços de Acolhimento Institucional, Casas de Passagem, Consultórios na Rua, fluxos específicos para atendimento de suas particularidades no SUS, inclusão em programas sociais de transferência de renda, possibilidade de inscrição em programas habitacionais, dentre outros.

Tais políticas, normativas e regramentos, desde quando promulgadas pelo governo federal e implementadas pelas prefeituras (muitas vezes em parcerias com o terceiro setor e organizações privadas), exigem um esforço de coordenação na gestão financeira e na adoção de instrumentos para motivar e facilitar a sua implementação. Importante ressaltar que ainda hoje, iniciativas desse caráter, não raras vezes, apoiam-se no paradigma caritativo e filantrópico, o que inibe uma abordagem sistemática e propositiva das questões estruturais, mantendo o status quo e produzindo novos modos de subjetivação e exclusão.

Segundo Honorato (2014), a oferta de casas de acolhimentos e albergues, não se apresenta somente como uma demanda programática da rede de assistência social dos poderes públicos, mas faz parte de uma estratégia de retirada dessas pessoas da rua não com o propósito de garantir direitos, mas para retirar estas pessoas dos olhos da sociedade, legitimando ações higienistas e violadoras de direitos.

A filosofia *Housing First*, ao inverter a abordagem etapista neste tipo de assistência pública, oferece ao beneficiário a possibilidade de superação da situação de rua e segurança cidadã, no momento imediato de seu atendimento. Por meio da moradia, baseada em uma metodologia de serviço e acompanhamento sistemático, garante direitos apontados na Constituição Federal de 1988.

Sem dúvidas o HF tem se mostrado mais eficaz, digno, humano e menos oneroso aos cofres públicos. Sabe-se que, mesmo com avanços nos últimos anos no campo das políticas públicas e serviços, o modelo atual / etapista não tem se mostrado suficiente para superar a situação de rua. Os serviços especializados e tipificados dificilmente conseguem protagonizar ações que garantam a efetivação de direitos e transformação social.

Este contexto em que estamos inseridos conta não apenas com uma estrutura vigente baseada no etapismo, como já vimos anteriormente, mas também com a inexistência de políticas públicas que efetivamente sejam pensadas para que a pessoa em situação de rua supere em definitivo essa situação.

Embora não existam dados oficiais e substanciosos do número de pessoas vivendo em situação de rua no Brasil, é visível o crescimento desta circunstância. A população em situação de rua não faz parte do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e tudo o que temos são estimativas e pesquisas regionais com metodologias próprias e cruzamento de informações que não apresentam números exatos e não retratam, em absoluto, a realidade que temos vivido nas ruas e, sobretudo, não auxiliam no desenvolvimento de políticas públicas e dados para que possamos pensar em propostas que superem a situação de rua.

Entretanto a PSR está presente no cotidiano e faz parte de um problema que diz respeito a todos/as e exige da gestão pública respostas eficientes diante do aumento deste fato. Como nos apontam estimativas realizadas pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2015 havia 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil (IPEA, 2016). Em 2020 este número passou para 221.869 pessoas vivendo em situação de rua (IPEA, 2020).

Observou-se um aumento expressivo (140%) da população em situação de rua ao longo do período analisado (setembro de 2012 a março de 2020). O crescimento é observado em todas as Grandes Regiões e em municípios de todos os portes, o que sugere ser o mesmo efeito de dinâmicas nacionais. Por sua vez, o crescimento mais intenso nos grandes municípios sugere que a crise econômica e em particular o aumento do desemprego e da pobreza sejam fatores importantes para a explicação do ocorrido (IPEA, 2020).

Diante do crescente número das pessoas vivendo em situação de rua e na tentativa de demonstrar que o *Housing First* é viável inclusive para a realidade brasileira, o Instituto

Nacional de Direitos Humanos da População em Situação de Rua (INRua) e o Movimento Nacional da População de Rua (MNPR) tem trabalhado na elaboração e implementação da metodologia na cidade de Curitiba.

Esta implementação visa não somente demonstrar na prática a efetividade da metodologia, como levantar dados e mostrar, a partir de evidências locais e que respeitem as particularidades, a viabilidade de aplicação deste modelo.

A partir da implementação de um projeto piloto, intitulado “Moradia Primeiro Curitiba”, tem-se comprovado que se trata de uma proposta possível, viável e eficaz. Atualmente o projeto atende 5 moradores em 4 unidades residenciais, seguindo a metodologia, com recursos privados e contando com o reconhecimento do governo federal no que se refere à fidelização do projeto com a metodologia em si.

A execução de um Projeto Piloto no Brasil proporcionou uma propulsão no que se diz respeito aos debates e incidência na proposição de políticas públicas para a população em situação de rua. Para tal, um levantamento de dados e custos sobre a estrutura vigente na cidade de Curitiba foi fundamental para a criação de banco de dados comparativos com os investimentos necessários para a implementação da metodologia.

Esses custos foram levantados durante a elaboração do projeto, e abrangem todos os serviços ofertados para a população, de acordo com a Política Nacional, como vimos anteriormente.

No quadro abaixo, há um demonstrativo de alguns serviços e seus custos aproximados na cidade de Curitiba, levando-se em conta as informações coletadas em junho de 2018:

## Experiências recentes na gestão pública de Curitiba

Serviços	Custo / Beneficiário
Condomínio social	3.600,00
Hotel	1.200,00 (sem RH)
UAI	2.840,00
Casas de Passagem	1.500,00
Centro Pop	2.115,00

Dados da Fundação de Ação Social de Curitiba – FAS

Imagem: Arquivo INRua.

O quadro demonstra custos associados à manutenção dos serviços. Os valores acima representam a razão do custo total dos serviços dividido pelo número de vagas, de modo que se possibilite chegar a um aproximado custo per capita. Serviços como estes gastam com a contratação de pessoas, organização e limpeza dos ambientes, aluguel e estrutura física, mobília, alimentação, higiene de itens diversos, dentre outros a depender do caso.

Podemos observar que uma vaga per capita/mês nas Unidades de Acolhimento Institucional (UAI's) custa aproximadamente R\$ 2.840,00, as casas de passagem R\$ 1.500,00 e o CENTRO POP R\$ 2.115,00.

Agora, passemos à seguinte análise: o CENTRO POP é um serviço disponibilizado durante o dia, enquanto as Unidades de Acolhimento e Casas de Passagem administram a oferta de serviços de pernoite. Pensando neste cenário, vamos considerar a seguinte situação: uma pessoa em situação de rua que dorme em uma unidade de acolhimento e utiliza uma vaga no CENTRO POP durante o dia tem um custo mensal para a administração pública de aproximadamente R\$ 4.955,00.

Existem diversas combinações possíveis a partir do quadro acima. No entanto, estamos falando exclusivamente dos custos de serviços especializados no atendimento de pessoas em situação de rua. Contudo, as experiências internacionais demonstram que comparativamente, quando as pessoas estão em situação de rua elas custam mais para os cofres públicos do que quando não estão.



Imagem: Arquivo INRua.

Como demonstrado anteriormente, as pessoas em situação de rua tendem a frequentar mais serviços de emergência em saúde, ficar sob a custódia da polícia, utilizar serviços de estabilização ao uso problemático de drogas ou estabilização psiquiátrica, dentre outros.

## RESULTADOS DO MODELO Moradia Primeiro

**5x menos**  
CUSTA UMA PESSOA NO MODELO  
MORADIA PRIMEIRO EM LOS ANGELES



Fonte: Colorado Coalition for the Homeless



Imagem: Arquivo INRua.

Ao realizar este comparativo, o projeto *Viviendas Primero*, no Chile, constatou que na verdade “não fazer nada”, ou seja, não intervir através da oferta de serviços e programas para as pessoas em situação de rua, na verdade, é mais oneroso do ponto de vista dos gastos públicos do que oferecer os serviços, tendo em vista que uma vez desassistidos do cuidado especializado, essas pessoas tendem a acumular ainda mais problemas e buscar de forma mais persistente a rede de serviços e equipamentos públicos.

A análises dos custos e o conhecimento do que as pessoas em situação de rua reclamam ao utilizar estes serviços nos possibilitou detectar um problema que se divide em três aspectos diferentes:

- Em sua maioria, as pessoas em situação de rua não estão satisfeitas em ter que utilizar os serviços provisórios/emergenciais e apenas o fazem por falta de outras opções;
- Estes serviços mantém as pessoas permanentemente nas ruas, sem conseguir obter boas taxas de superação.
- Se analisarmos o custo-benefício frente ao desafio de superar a situação de rua, fica absolutamente explícito que o modelo *Housing First* consegue oferecer um serviço mais eficaz, com menor investimento.

Não se trata aqui de afirmar que tais políticas sociais recebem mais recursos do que deveriam. Pelo contrário, estes investimentos são necessários e possibilitam que os municípios se organizem para oferecer os melhores serviços possíveis. O problema aqui demonstrado é de outra ordem: trata-se de uma relação custo x benefício e da alocação de recursos de modo que eles contribuam para a superação da situação

de rua. O argumento se torna mais revelador, por exemplo, se observarmos a razão entre o investimento em Serviços de Repúblicas x Unidades de Acolhimento.

Vamos ao exemplo dos investimentos realizados na política da população em situação de rua na cidade de Curitiba, Paraná: durante o ano de 2018 a Fundação de Ação Social (FAS) gastou 32 milhões com a política da população em situação de rua em Curitiba. Percebe-se que as Unidades de Acolhimento Institucional (UAI) gastaram 4 milhões e 500 mil para atender, respectivamente, 100 pessoas em uma UAI e 32 em outra. Em contraposição, uma República que atendeu 10 pessoas durante um ano gastou R\$ 16.600,00.

A partir dessas informações podemos constatar que o total gasto per capita em uma vaga de República durante um ano equivale aproximadamente ao custo per capita de uma vaga em Unidade de Acolhimento por apenas um mês. Ou ainda, poderíamos dizer que o custo de 10 pessoas na modalidade República equivale aproximadamente ao valor de uma vaga na modalidade Acolhimento Institucional durante um ano.

Se a razão econômica já aparenta escandalosa, torna-se mais problemático ainda pensar que o principal motivo deste arranjo nos municípios se baseia em uma perspectiva conservadora da lógica etapista, a saber: o receio de que as pessoas em situação de rua não estão prontas para uma vida mais autônoma na modalidade República.

Estes dados mostram de forma eloquente como se dá a estrutura de atendimento à população em situação de rua em determinado local.

Com os dados acima expostos, levantados durante o processo de implementação do Projeto Moradia Primeiro Curitiba, podemos fazer uma breve apresentação sobre a estruturação do programa na cidade e, ao fim, mostrar valores investidos no programa de forma comparativa aos gastos mostrados acima.

## 2.4. PROJETO MORADIA PRIMEIRO EM CURITIBA

A partir do estudo aprofundado da filosofia e prática do *Housing First* o Instituto Nacional de Direitos Humanos da População em Situação de Rua (INRua), passou a construir possibilidades de para realização de um projeto piloto que permitisse gerar dados e um exemplo prático e generalizável da adoção do modelo *Housing First*.

Após quase um ano de intensificação de estudos, adaptação da metodologia, planejamento do processo de acompanhamento e organização dos aspectos necessários, no mês de dezembro do ano de 2018 o INRua em parceria com Igreja Católica da Igreja Católica de Curitiba (Financiadora do Projeto) e apoio da Casa de Acolhida São José (organização da Sociedade Civil), Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR) deu início ao Projeto Moradia Primeiro - Curitiba. O projeto, até a presente data, não conta com financiamento do poder público e não há, em Curitiba, nenhuma normativa que oriente os projetos de *Housing First*.

O investimento surge por meio da articulação citada e vale ressaltar que o valor recebido para a manutenção de cada unidade é de R\$ 800,00 mensais , para o pagamento dos aluguéis e manutenção básica das moradias, além de um pequeno fundo de reserva que se torna possível de acordo com o contrato de aluguel estipulado.

Todo o trabalho realizado pela equipe de atendimento do Projeto piloto em Curitiba é feito de forma voluntária, com o intuito de se estudar o processo de implementação e acompanhamento da metodologia.

O projeto, que já entra em seu terceiro ano de aplicação, continua acompanhando os mesmos moradores e moradoras, sem nenhuma desistência ou caso de desligamento, apresentando então uma taxa de 100% de retenção das moradias.

Estamos aqui falando de uma situação real que se deu a partir da necessidade de implementação de um projeto que correspondesse à metodologia e nos trouxesse evidências robustas sobre a eficácia do HF. Não estamos relatando um cenário ideal, que contaria, sobretudo, com investimento robusto em contratação e treinamento de equipe especializada para o atendimento dos beneficiários do programa, também como detalhes tais como a manutenção de estoque de mobília mínima e parcerias para a facilitação de contratos de aluguéis dispersos e individuais, como orientado na metodologia.

## 2.5. VIABILIDADE ECONÔMICA MORADIA PRIMEIRO NO BRASIL

**N**osso país contempla diferenças significativas em configurações determinantes quando falamos sobre o reordenamento ou mesmo a criação de políticas públicas para a população em situação de rua. Desde o tamanho dos municípios até suas diferenças culturais, econômicas e sobretudo, a assimetria no perfil dessa população de acordo com a região estudada.

Essas diferenças citadas abrangem não apenas perfis da própria população em situação de rua, mas para além disso, permeiam a configuração das gestões públicas e estruturas de equipamentos voltadas para essas pessoas. Temos cidades de pequeno porte com um número ínfimo de pessoas em situação de rua, mas com equipamentos para atendimento emergencial e cidades estruturadas e com maior número de habitantes sem acolhimento estruturado.

Vale lembrar que a implementação da metodologia *Housing First* se faz independente da adesão ou estruturação do município dentro da tipificação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) ou do estabelecimento de secretaria de habitação. Mesmo cidades sem quaisquer equipamentos voltados para essa população tem capacidade estratégica de implementação do HF, moldando e adaptando o método à realidade local.

Sendo assim, é interessante estudarmos as estratégias de implementação do *Housing First* partindo do princípio que a metodologia pode se adequar facilmente à realidade local e que independe do porte do município ou da estrutura de atendimento existente.

Ao pensarmos nessa estruturação alguns pontos fundamentais precisam ser levados em conta: a equipe técnica e o formato de contratação, caso a implementação se dê através do poder público, ou mesmo a possibilidade de parcerias com a sociedade civil, como se vê em diversos exemplos de implementação do Moradia Primeiro em todo o mundo e, sobretudo, a definição de estratégias de ação para a implementação.

As estratégias de ação precisam ser estabelecidas, como dissemos anteriormente, através de um diagnóstico com levantamento de dados o mais preciso possível, perfil da população e demais informações que auxiliem de forma prática na estrutura de implementação do projeto. A metodologia em si é simples e clara, mas sua implementação envolve uma relação imensa de detalhes que precisam ser estipulados e pensados previamente.

Esses detalhes farão com que tanto o estudo de viabilidade, quanto a estruturação da equipe e a definição de estratégias para captação de moradias se dê de forma organizada e eficaz.

Para termos alguns exemplos práticos que nos permita visualizar possibilidades de implementação do programa, apresentaremos a seguir uma previsão média de gastos básicos, com três projeções distintas de atendimentos para 10 (dez), 50 (cinquenta) e 100 (cem) pessoas / unidades domiciliares.

Veja a tabela a seguir:

MOBÍLIA MÍNIMA				10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR	QTD			
Fogão 4 bocas	Eletrodomésticos	R\$ 730,00	1	R\$ 7.300,00	R\$ 36.500,00	R\$ 73.000,00
Refrigerador 240 litros	Eletrodomésticos	R\$ 1.500,00	1	R\$ 15.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 150.000,00
Botijão de gás	Moveis e Utensílios	R\$ 150,00	1	R\$ 1.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 15.000,00
Microondas 20 litros	Eletrodomésticos	R\$ 482,00	1	R\$ 4.820,00	R\$ 24.100,00	R\$ 48.200,00
Mesa 4 cadeiras	Moveis e Utensílios	R\$ 424,00	1	R\$ 4.240,00	R\$ 21.200,00	R\$ 42.400,00
Jogo de pratos fundos 6 unidades	Moveis e Utensílios	R\$ 42,00	1	R\$ 420,00	R\$ 2.100,00	R\$ 4.200,00
Jogo de panela com 06 e peças	Moveis e Utensílios	R\$ 290,00	1	R\$ 2.900,00	R\$ 14.500,00	R\$ 29.000,00
Conjunto garfo e faca (6 pessoas)	Moveis e Utensílios	R\$ 50,00	1	R\$ 500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 5.000,00
Copo de vidro 200ml (6 unidades)	Moveis e Utensílios	R\$ 24,00	1	R\$ 240,00	R\$ 1.200,00	R\$ 2.400,00
Lixo para rejeito e reciclável	Moveis e Utensílios	R\$ 60,00	1	R\$ 600,00	R\$ 3.000,00	R\$ 6.000,00
Rodo e vassoura	Moveis e Utensílios	R\$ 30,00	1	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00	R\$ 3.000,00
Bacia 40 cm	Moveis e Utensílios	R\$ 30,00	1	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00	R\$ 3.000,00
Balde plástico 10l	Moveis e Utensílios	R\$ 25,00	1	R\$ 250,00	R\$ 1.250,00	R\$ 2.500,00
Cama casal box ortopédica	Moveis e Utensílios	R\$ 500,00	1	R\$ 5.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 50.000,00
Jogo para lençol casal	Moveis e Utensílios	R\$ 60,00	3	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00	R\$ 18.000,00
Armário 4 portas	Moveis e Utensílios	R\$ 400,00	1	R\$ 4.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 40.000,00
Cobertor para casal microfibra	Moveis e Utensílios	R\$ 60,00	1	R\$ 600,00	R\$ 3.000,00	R\$ 6.000,00
Jogo de toalhas 5 peças	Moveis e Utensílios	R\$ 130,00	1	R\$ 1.300,00	R\$ 6.500,00	R\$ 13.000,00
Cortina	Moveis e Utensílios	R\$ 120,00	1	R\$ 1.200,00	R\$ 6.000,00	R\$ 12.000,00
Travesseiro	Moveis e Utensílios	R\$ 40,00	2	R\$ 800,00	R\$ 4.000,00	R\$ 8.000,00
Lixo de banheiro	Moveis e Utensílios	R\$ 50,00	1	R\$ 500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 5.000,00
Cômoda com 5 gavetas em mdf	Moveis e Utensílios	R\$ 250,00	1	R\$ 2.500,00	R\$ 12.500,00	R\$ 25.000,00
Sofá 2 lugares	Moveis e Utensílios	R\$ 1.000,00	1	R\$ 10.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 100.000,00
Aparelho de televisão 32 polegadas	Eletrodomésticos	R\$ 1.200,00	1	R\$ 12.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 120.000,00
Rack para tv	Moveis e Utensílios	R\$ 320,00	1	R\$ 3.200,00	R\$ 16.000,00	R\$ 32.000,00
Cortina	Moveis e Utensílios	R\$ 150,00	1	R\$ 1.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 15.000,00
Ventilador	Utensílios diversos	R\$ 89,00	1	R\$ 890,00	R\$ 4.450,00	R\$ 8.900,00
Lava Roupas	Eletrodomésticos	R\$ 890,00	1	R\$ 8.900,00	R\$ 44.500,00	R\$ 89.000,00
<b>TOTAL INVESTIMENTO MOBÍLIA MÍNIMA</b>				<b>R\$ 92.560,00</b>	<b>R\$ 462.800,00</b>	<b>R\$ 925.600,00</b>

No que diz respeito à projeção de gastos com mobília, o primeiro aspecto importante de ser salientado é que a mobília deve ser prevista como investimento. Com a possibilidade (ideal) da compra dos itens de mobília novos, tratar-se-á de um gasto único.

Contudo, existem outras alternativas para aquisição de mobília, tendo em vista que frequentemente é possível contar com a doação destes itens. Algumas cidades brasileiras contam com o serviço de recolhimento de mobílias doadas pelos cidadãos, que podem ser aglutinadas em acervo específico para uso do projeto, bem como parceria com igrejas e organizações da sociedade civil que podem auxiliar na captação destes bens, por vezes novos ou mesmo de segunda mão em bom estado de conservação.

A seguir, na tabela abaixo, passaremos a uma projeção dos gastos fixos mensais com a manutenção do domicílio pelo período de 1 (um) ano.

MANUTENÇÃO DA MORADIA				10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR	QTDDE			
Aluguel		R\$ 800,00	12	R\$ 96.000,00	R\$ 480.000,00	R\$ 960.000,00
Energia Elétrica		R\$ 200,00	12	R\$ 24.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 240.000,00
Fornecimento de Água		R\$ 200,00	12	R\$ 24.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 240.000,00
Gás		R\$ 100,00	4	R\$ 4.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 40.000,00
Fundo reserva emergências		R\$ 200,00	12	R\$ 24.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 240.000,00
<b>TOTAL INVESTIMENTO MANUTENÇÃO DA MORADIA</b>				<b>R\$ 172.000,00</b>	<b>R\$ 860.000,00</b>	<b>R\$ 1.720.000,00</b>

Os gastos mensais com a manutenção das moradias pode variar de acordo com a realidade local, o território designado para o aluguel e o contexto econômico do momento.

Os projetos locais devem considerar também a busca por alternativas que permitam a economia dos gastos com o projeto. Por exemplo, a possibilidade de utilizar imóveis públicos, inscrever os moradores em programas locais de acesso aos serviços de fornecimento de luz e água que podem gerar economia de gastos ao projeto.

Por fim, o fundo de reserva refere-se à existência de um fundo para gastos emergenciais de manutenção do domicílio, tendo em vista que os imóveis podem necessitar de algum reparo hidráulico, troca de lâmpadas, pintura ou qualquer tipo de reparo necessário à boa manutenção do imóvel.

EQUIPE TÉCNICA				10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR	QTDDE			
Coordenador	Pessoal	R\$ 6.500,00	12	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 156.000,00
Agente de acompanhamento	Pessoal	R\$ 3.200,00	12	R\$ 38.400,00	R\$ 192.000,00	R\$ 384.000,00

<b>TOTAL INVESTIMENTO EQUIPE TÉCNICA</b>				<b>R\$ 116.400,00</b>	<b>R\$ 270.000,00</b>	<b>R\$ 540.000,00</b>
--	--	--	--	-----------------------	-----------------------	-----------------------

OBRIGAÇÕES PESSOAL				10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR	QTDDE			
Vale Refeição	Obrigações	R\$ 400,00	12	R\$ 9.600,00	R\$ 28.800,00	R\$ 57.600,00
Vale Transporte	Obrigações	R\$ 220,00	12	R\$ 5.280,00	R\$ 15.840,00	R\$ 31.680,00
Combustível	Obrigações	R\$ 300,00	12	R\$ 7.200,00	R\$ 21.600,00	R\$ 43.200,00
Obrigações Patronais	Obrigações	R\$ 400,00	12	R\$ 9.600,00	R\$ 28.800,00	R\$ 57.600,00

<b>TOTAL OBRIGAÇÕES PESSOAL</b>				<b>R\$ 31.680,00</b>	<b>R\$ 95.040,00</b>	<b>R\$ 190.080,00</b>
---------------------------------	--	--	--	----------------------	----------------------	-----------------------

O cálculo de pagamento de profissionais da equipe é um aspecto que também pode variar grandemente no que diz respeito a cada projeto e também aos contextos locais. Existem diferenças, por exemplo, se o projeto local será realizado em conjunto com a sociedade civil ou exclusivamente pelo poder público, se através de funcionários concursados ou contratados, dentre outras particularidades no que diz respeito à forma de produção de contratos de trabalho.

Nesta projeção exemplar, sugerimos a contratação de uma equipe básica mínima para a realização do trabalho. Neste exemplo, trabalhamos com uma razão de contratados por número de atendidos, sendo ela:

- 1 coordenador/a a cada 50 atendidos
- 1 agente de acompanhamento e suporte a cada 10 atendidos

Desse modo, um projeto que vislumbre o atendimento de até 10 atendidos contará com 1 coordenador/a e 1 agentes de acompanhamento de caso; um projeto para 50 atendidos contará com um coordenador de equipe e 5 agentes de caso; um projeto para atendimento de 100 pessoas contará com 2 coordenadores de equipe e 10 agentes de caso e assim poder-se-á obedecer a esta lógica de modo sucessivo ou com adaptações de acordo com o projeto local.

Na tabela a seguir apresentamos a somatória dos custos do projeto pelo período de um ano:

ITEM	10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
TOTAL INVESTIMENTO MOBÍLIA MÍNIMA (investimento único)	R\$ 92.560,00	R\$ 462.800,00	R\$ 925.600,00
TOTAL INVESTIMENTO MANUTENÇÃO DA MORADIA (12 meses)	R\$ 172.000,00	R\$ 860.000,00	R\$ 1.720.000,00
TOTAL INVESTIMENTO EQUIPE TÉCNICA (12 meses)	R\$ 116.400,00	R\$ 270.000,00	R\$ 540.000,00
TOTAL OBRIGAÇÕES PESSOAL	R\$ 31.680,00	R\$ 95.040,00	R\$ 190.080,00
<b>TOTAL INVESTIMENTO ANUAL</b>	<b>R\$ 412.640,00</b>	<b>R\$ 1.687.840,00</b>	<b>R\$ 3.375.680,00</b>

Na projeção abaixo podemos conferir o total do custo do projeto incluindo o investimento em mobília, bem como os custos mensais com equipe técnica e manutenção da moradia, com 3 propostas de número de atendimentos, bem como os valores *per capita* anual e mensal.

O custo *per capita* no primeiro ano seria o seguinte:

CUSTO ANUAL COM INVESTIMENTO EM MOBÍLIA MÍNIMA	10 ATENDIMENTOS	50 ATENDIMENTOS	100 ATENDIMENTOS
	R\$ 412.640,00	R\$ 1.687.840,00	R\$ 3.375.680,00
Investimento per capita anual	R\$ 41.264,00	R\$ 33.756,80	R\$ 33.756,80
Investimento per capita mensal	R\$ 3.438,67	R\$ 2.813,07	R\$ 2.813,07

É importante perceber que na projeção acima foi incluído todo o investimento em mobília, que seria realizado no primeiro ano de projeto. Dessa forma, é fundamental destacar que, após o investimento em mobília, há uma diminuição considerável do custo *per capita*.

Por fim, podemos observar o total dos custos *per capita* em segunda projeção, que exclui o investimento em mobília das moradias, tendo em vista a possibilidade de recorrer a estes bens de modo alternativo, ou ainda, termos um cenário após o investimento em mobília:

CUSTO ANUAL (MANUTENÇÃO DE MORADIA E EQUIPE TÉCNICA)	10 ATENDIMENTOS	50 ATENDIMENTOS	100 ATENDIMENTOS
	R\$ 320.080,00	R\$ 1.225.040,00	R\$ 2.450.080,00
Investimento per capita anual	R\$ 32.008,00	R\$ 24.500,80	R\$ 24.500,80
Investimento per capita mensal	R\$ 2.667,33	R\$ 2.041,73	R\$ 2.041,73

Desse modo, podemos observar que, mesmo num cenário ideal, com investimento em mobília, contratação e apoio integral, bem como a manutenção mensal dos gastos com a moradia, a implementação do Projeto Moradia Primeiro ainda é economicamente mais vantajoso que o modelo vigente.

Tendo em vista o que se propaga a respeito do *Housing First*, a equipe do INRua buscou estas informações em nível local. Aderindo à tarefa, sugerimos que você busque também informações a respeito dos custos dos serviços destinados à população em situação de rua em sua cidade. Procure os gestores públicos ou consulte o Portal da Transparência para saber quais os custos do serviço em sua cidade. Após obter esta informação, procure saber a quantidade de pessoas atendidas no serviço e descubra o preço do atendimento per capita.



**Consulte o Portal da Transparência:**

<http://www.portaltransparencia.gov.br>

## Consulte o *template* de projetos Moradia Primeiro (*Housing First*)

Com estas informações em mente, consulte o *template* de formulação de projetos *Housing First* e estabeleça distintos cenários de atendimento em seu município.



**Acesse o *Template*:**

<https://docs.google.com/spreadsheets/d/191s1gzuddk4uhMwmAcs7HJY6kiRogupn/edit#gid=902503221>



**Acesse o *Tutorial*:**

<https://drive.google.com/file/d/1s1K5IL8It5yyNyqsxKuydwHzb8xAgv1a/view>

## CAPÍTULO 3 – ESTRUTURAÇÃO DE PROJETOS HOUSING FIRST

### 3.1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DE RUA NO TERRITÓRIO E ESTRATÉGIAS DE REORDENAMENTO PARA O MODELO HOUSING FIRST

Identificar a realidade da população em situação de rua, com suas demandas e diversos desafios que perpassam o contexto territorial, é agenda mínima no processo das políticas públicas de defesa e garantia de direitos da PSR. O diagnóstico social é um dos instrumentos básicos para: acesso a dados, compreensão, produção de metas, gestão e avaliação processual, imprescindível para o sucesso da gestão de políticas públicas e defesa e garantia de direitos.

Uma das informações essenciais que podemos ter em nossos municípios é o número total de pessoas em situação de rua. Infelizmente, estes dados estão disponíveis em algumas poucas cidades brasileiras. Sem dúvida, esta informação é importante na produção de estratégias qualificadas, pois nos permitirá ter dimensão global desta realidade, bem como sua diversidade de perfil e forma de ocupação das ruas.

A partir do diagnóstico podemos organizar a razão entre o número de vagas dos serviços em relação às pessoas que não aderem ou não conseguem acessar os equipamentos disponíveis. Sem dúvida a melhor forma de buscar tal informação é por meio de pesquisa, contudo, algo que também se pode tentar fazer é relacionar os números das unidades de acolhimento e a demanda reprimida, verificando os encaminhamentos do serviço de abordagem social e outros. Este cálculo nos oferecerá, por exemplo, um número aproximado de pessoas não atendidas (ou que não aderem aos serviços) em relação à capacidade dos equipamentos e serviços públicos.

Outro nível de informação importante é verificar a taxa de superação da situação de rua nos serviços de acolhimento. Entretanto, nosso atual modelo não encoraja a verificação desta informação. Mesmo quando há este dado, dificilmente encontram-se registros nos serviços. É fundamental que passemos a contabilizar estes casos. É de suma importância saber quantas pessoas passam pelos serviços e conseguem atingir encaminhamentos efetivos a ponto de produzir superação da situação de rua. Chamaremos este índice de “taxa de superação”.

Vamos pensar um cenário no que diz respeito ao direcionamento dos casos atendidos, observe a imagem abaixo:

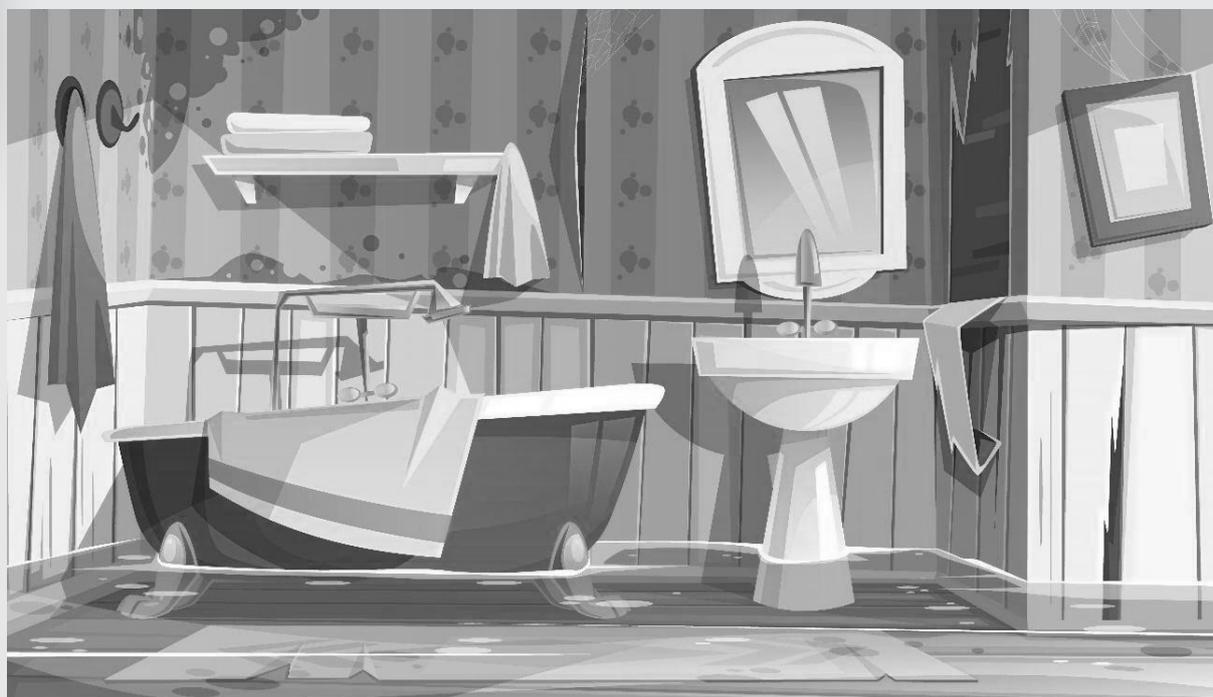


Imagem: br.freepik

Trata-se de um banheiro, aparentemente inundado. Fazemos a seguinte analogia: o banheiro é o nosso município. A água é a população em situação de rua e o chão representa os espaços públicos da cidade, cheios de gente em situação de rua. Imagine que a banheira também está cheia de água e transbordando. A banheira representa nossas unidades de acolhimento e demais serviços de atendimento. Ainda temos um terceiro problema: a torneira da pia e o chuveiro da banheira estão ligados e vertendo água para todos os lados do banheiro, fazendo a banheira continuar a transbordar e inundar cada vez mais o chão. A água corrente representa o fato de que continuamente há pessoas recém-chegadas à situação de rua.

Utilizaremos esta imagem para refletir sobre nosso desafio. Como resolvemos este problema? Sem dúvida, precisamos fechar a torneira, ou seja, criar circunstâncias preventivas que nos permitam diminuir o intenso fluxo de pessoas em situação de rua recém-chegadas. No entanto, acabar com este fluxo não resolverá o problema da inundação. Como faremos isto? Precisamos esvaziar a banheira! Criar circunstâncias de que os serviços emergenciais não estejam lotados o tempo todo com pessoas sem alternativas permanentes que as permita superar a situação de rua. Igualmente, precisamos também secar o chão do banheiro, a saber, oferecer alternativas para aquelas pessoas que estão nas ruas propriamente, sem utilizar os serviços, seja porque não aderem a eles por inúmeros motivos, seja porque os serviços existentes estão lotados e com intensa demanda.

Esta analogia nos auxilia a tratar de três diretivas fundamentais para o planejamento de estratégias de superação da situação de rua:

1. Precisamos oferecer serviços para as pessoas que estão nas ruas sem nenhuma alternativa adequada às suas necessidades e/ou que não aderem aos serviços existentes;
2. É necessário oferecer alternativas de moradia permanente de modo que as Unidades de Acolhimento sejam serviços propriamente emergenciais e que as pessoas passem o mínimo possível de pernoites nos locais provisórios;
3. É necessário prevenir a situação de rua para as pessoas que se encontram em risco habitacional, de modo que sejamos capazes de evitar essa situação limite para o maior número de pessoas.

Passemos agora a uma questão complementar: já sabemos a importância de produzir dados qualificados que nos permita projetar ações para políticas públicas de forma assertiva e informada, com base em evidências. Mas o que devemos saber ou que tipo de informações devemos buscar para organizar a intervenção no modelo *Housing First* de forma qualificada e em diálogo com as políticas públicas existentes no território?

As experiências internacionais demonstram distintas estratégias de implementação local. Vejamos, por exemplo, o caso chileno. A implementação do modelo *Housing First* no Chile estabeleceu critérios de prioridade para o atendimento, o critério para a escolha dos atendidos segue uma base metodológica que prioriza pessoas que estão em situação de rua por um longo período, idosos, pessoas que não aderem aos demais serviços disponíveis, aqueles que se encontram com alta necessidade de suporte e acompanhamento, que necessitam de apoio para tratamento de saúde mental ou com uso problemático de álcool e outras drogas.

O modelo *Housing First* não pressupõe uma triagem para escolha de possíveis atendidos segundo o merecimento ou a preparação para morar. De outro modo, se há alguma triagem, ela deve estar sempre orientada para priorizar o atendimento dos casos mais graves e complexos.

A experiência no Uruguai, por sua vez, optou por outra orientação. O programa uruguaio iniciou suas atividades atendendo pessoas em circunstâncias de vulnerabilidade que utilizavam os serviços de acolhimento de forma persistente, pela maior quantidade de pernoites. Tal estratégia tem equivalências com a experiência anteriormente citada em *Los Angeles*, desenvolvida por Tanya Tull.

Se observarmos atentamente e voltarmos à nossa imagem do banheiro, podemos perceber que a experiência chilena se concentrou no atendimento de pessoas com grande adesão à rua (1), enquanto no Uruguai, às pessoas em situação persistente nos acolhimentos (2). Devemos compreender que tais estratégias são complementares

no processo de superação da situação de rua.

Na Europa, podemos citar o caso emblemático de *Helsinki*, na Finlândia. A estratégia passou pelo reordenamento dos serviços existentes, pela diminuição de investimento público em vagas provisórias e aumento das unidades habitacionais permanentes. Através de um planejamento robusto, contando com parcerias público-privadas, optou-se pela aquisição de moradias pelo poder público para serem destinados ao Moradia Primeiro (*Housing First*) e por fim, na conversão de antigos albergues que funcionavam como equipamentos emergenciais em apartamentos coletivos que recebessem moradores contemplados pelo programa.

A cidade de *Helsinki* produziu um reordenamento dos serviços de atendimento e conseguiu, em um curto período de tempo, praticamente erradicar a situação de rua. Conjuntamente, implementou também um programa complementar chamado *Rapid Re-Housing* (RRH).



Veja este vídeo sobre o processo de superação da situação de rua na Finlândia

<https://www.youtube.com/watch?v=OuZLccdpUmE&t=82s>

O *Rapid Re-Housing* (Redomicílio rápido) é um programa que atua tanto na prevenção quanto na rápida resolução de problemas habitacionais recentes. A ideia é que tão logo uma pessoa ou unidade familiar seja reconhecida como recém-chegada à rua ou mesmo enfrentando uma crise habitacional estas pessoas sejam atendidas o mais prontamente, evitando o alongamento da situação de rua e os agravos frequentemente decorrentes desta experiência. Em suma, trata-se de um programa que compreende que quanto menos tempo as pessoas estiverem em situação de rua, mais fácil e menos traumático será o processo de domicílio.



Neste vídeo, conheça um pouco mais sobre o programa *Rapid Re-Housing* (RRH)

<https://www.youtube.com/watch?v=frWexyi6qAk>

Propaganda do *Rapid Re-Housing* (RRH)


**HOUSED PEOPLE  
ARE NOT HOMELESS**

**Rapid Re-Housing (RRH)**  
ends homelessness for  
families and individuals.

**RRH  
HELPS**

**FIND HOUSING** Help people quickly find housing within one month or less.

**PAY FOR HOUSING** Help people pay for housing short term; longer-term help an option.

**STAY IN HOUSING** Help access services so people can stay in housing.

**Tradução livre:**

- “Pessoas domiciliadas não são pessoas em situação de rua.
- O Redomiciliamento Rápido supera a situação de rua de famílias e indivíduos.
- O Redomiciliamento Rápido ajuda as pessoas a:
  - Achar uma moradia (ajuda as pessoas a rapidamente achar uma moradia em até um mês ou menos);
  - Pagar pela moradia (ajuda as pessoas a pagarem a moradia por um pequeno período de tempo, havendo possibilidade de se estender);
  - Ficar na moradia (ajuda as pessoas acessarem serviços de modo que garantam sua permanência na moradia).

Países com programas habitacionais integrados e fortes, como a Espanha, por exemplo, tem o *Housing First* como mais uma opção de programa habitacional, para pessoas sem-teto que precisam de suporte. Mas pessoas em situação de rua que estão autônomas podem acessar outras opções, como o aluguel social ou moradias coletivas sem suporte, de modo que o direito à moradia é visto como primordial e básico, facilitando o acesso tanto das pessoas às políticas públicas habitacionais quanto a implementação de projetos eficazes que garantam suporte a quem necessita.

De toda forma, sendo na América Latina, Europa ou América do Norte, o planejamento estratégico e de longa duração, junto com uma legislação que garanta o direito dessa população e, sobretudo, com a intencionalidade política para a criação de políticas públicas eficazes são fundamentais para a superação da situação de rua e o direito à moradia garantido em sua integralidade.

## 3.2. PERFIL PROFISSIONAL DAS EQUIPES E FORMAÇÃO PARA O ATENDIMENTO

**P**ara que o *Housing First* se estabeleça, há a necessidade de um grupo técnico responsável pela dinâmica direta com os moradores, com os proprietários dos imóveis e com a comunidade. Deve-se oferecer formação a esse grupo, para garantir a agilidade esperada nos trâmites e assim alcançar os objetivos esperados.

Sabe-se, pela experiência em países como Canadá e Chile que a alta fidelidade ao modelo *Housing First* se deve sobretudo à presença de uma equipe profissional compromissada com a filosofia e princípios do modelo, detentora de técnicas eficientes, estruturalmente organizada e burocraticamente flexível.

É importante uma equipe com sensibilidade e conhecimento das necessidades complexas encontradas na vida em situação de rua e, conseqüentemente, no contexto de sua superação, capaz de articular estratégias de redução de danos, com capacidade para o trabalho em equipe, criativa e empenhada em encontrar soluções com o melhor de suas habilidades e que esteja dedicada a responder rapidamente às necessidades dos participantes.

### PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA EQUIPE TÉCNICA

#### PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA EQUIPE TÉCNICA

Moradia Primeiro



Imagem: INRua

- **Conhecimento** e compreensão da complexidade da vida das pessoas;
- **Compromisso** com a solução de problemas, mantendo uma abordagem orientada para devolutivas eficientes;
- **Fidelidade** e adaptação responsável ao modelo *Housing First*, quando necessário. Os processos de implementação não são perfeitos. Aprender a se adaptar e ser flexível e criativo, mantendo a fidelidade do programa.

Para seleção de profissionais são definidas três competências interessantes:

## COMPETÊNCIAS DA EQUIPE TÉCNICA

### Moradia Primeiro

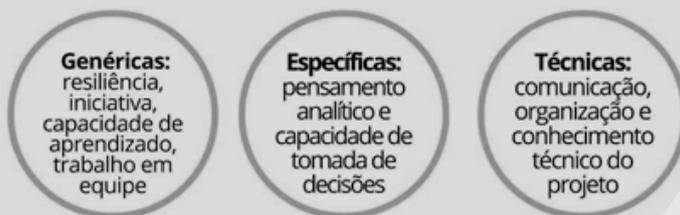


Imagem: INRua

- **Genéricas:** resiliência, iniciativa, capacidade de aprendizado, trabalho em equipe;
- **Específicas:** pensamento analítico e capacidade de tomada de decisões;
- **Técnicas:** comunicação, organização e conhecimento técnico do projeto.

Contudo, destaca-se que a abrangência destas especialidades e características necessárias e, por vezes, inacessíveis, podem ser buscadas também através de outras parcerias, tais como grupos de extensão e pesquisa universitária, organizações da sociedade civil e movimentos sociais com interesse em participar e colaborar com o programa.

A experiência de atuação no Moradia Primeiro Curitiba tem demonstrado que a busca por parceiros externos dispostos a colaborar com o projeto é um recurso vantajoso que auxilia na resolução de demandas que, de outra maneira, seria impossível realizá-las.

Idealmente, a disponibilidade da equipe de suporte deve ser contínua e permanente: 24h por dia, 7 dias por semana. Tal fato se deve, sobretudo, à possibilidade de emergências de distintas ordens, as quais a equipe de suporte e acompanhamento representará o principal apoio às pessoas atendidas. Esta é uma questão complexa, dada as legislações trabalhistas e o bem-estar do profissional. Por isso é necessário uma clara negociação e definição de acordos, em relação à articulação com os profissionais.

Tendo em vista esta prerrogativa da disponibilidade contínua da equipe, a parceria entre agentes públicos e organizações da sociedade civil é imensa, haja visto que tal disponibilidade é um recurso de difícil mobilização. Não por acaso, em muitos programas ao redor do mundo, a maioria das iniciativas são formuladas por iniciativas público-privada.

#### Índices técnicos sugeridos:

- Técnicos *Housing First*: 1x10 (trabalhar com a razão de pelo menos um técnico para cada dez moradias atendidas);
- Responsável administrativo: 1x100 (um responsável administrativo por cada cem moradias);
- Responsável jurídico: 1x200 (um responsável jurídico por cada duzentas moradias)

Sugestão para operacionalização divisão da equipe:

- Coordenação;
- Profissionais para administração de casos / suporte domiciliar (agente de acompanhamento);
- Profissional de apoio comunitário e encaminhamentos junto a rede socioassistencial e atendimento a outras demandas que se fizerem necessárias.

#### **Coordenação interna e desenvolvimento técnico das equipes profissionais:**

Dentro do *Housing First* também é necessário acompanhamento e supervisão das equipes. Para isso propõem-se reuniões periódicas para análise, orientação e troca de informações. Outros espaços de desenvolvimento também são importantes, como a participação em conferências e grupos de trabalho, buscando o aperfeiçoamento e troca de conhecimento e experiências entre os profissionais.

#### **AGENTES DE ACOMPANHAMENTO**

**Supervisão técnica continuada:** A supervisão é a análise da prática profissional, isto é, um trabalho sobre o trabalho. Se configura como uma oportunidade para “melhorar as destrezas profissionais através da reflexão, do pensamento e do autocuidado” (HOGAR SÍ; MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMÍLIA, 2020, p.18, tradução nossa)

#### **PROFISSIONAIS DE APOIO COMUNITÁRIO**

**Coordenação e vinculação com redes externas:** Esse item se refere à adoção de estratégias pedagógicas com profissionais de outras redes para melhor compreensão do modelo. Isso é feito através de atividades formativas, materiais informativos, ações de comunicação com redes e profissionais para melhor compreensão do HF.

### 3.3. PRINCÍPIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO LOCAL E PROVISÃO DE MORADIAS PARA O HOUSING FIRST

Um dos desafios para implementação do programa HF se dá em encontrar a moradia certa, são diversas as circunstâncias que fazem parte deste processo. Desde a relação/sensibilização com os proprietários/as dos imóveis, vizinhos/as, comunidade, mercado imobiliário e a tendência à alta de preços.

Segundo Daniel Fabregas (2020) são diversas as estratégias que poderão ser utilizadas a fim de garantir o direito à moradia para a população em situação de rua e outros grupos em situação de vulnerabilidade social. Entre elas, destacam-se:

Aquisição da casa própria com a finalidade exclusiva aos programas de Moradia Primeiro. Entretanto, essa possibilidade exige intencionalidade política, articulação com as organizações sociais e investimentos em políticas públicas que possibilitem a geração de moradias “estoques” destinadas a entidades públicas e sociais;

Reconversão de infraestruturas da Rede de Atenção à Pessoa em Situação de Rua, investimento em obras e reformas dos serviços já existentes, adaptando as condições físicas dos espaços, priorizando a qualidade e dignidade de uma moradia. “A reconversão pode gerar espaços totalmente independentes, reconfigurando os abrigos, residências ou centros comunitários em blocos de apartamentos, ou pode desenvolver um espaço de apartamentos com alguma autonomia que compartilhe alguns serviços com toda a comunidade dos residentes alojados. Esses serviços podem ser vinculados à prestação de serviços; lavanderia, cozinha, assistência social ou de saúde, etc. ou a geração de espaços comuns de troca, socialização e lazer; salas de jantar, salas de estar, sala de TV, etc. É uma forma mais ágil e econômica do que outras formas de prover moradia” (Fabregas, Madrid, 2020);

Parceria entre as administrações públicas e entidades sociais, incentivando as entidades de interesse social para que realizem a construção e gestão desses espaços “privilegiando acordos ou alianças entre Entidades sociais” e promotores. Desta forma, três elementos essenciais são combinados: A disponibilidade de terras ou a possibilidade de sua qualificação para o serviço social, que está nas mãos das administrações públicas. A construção de um Parque de Habitação de Interesse Social ou de Habitação a Baixo Custo, a cargo das próprias Entidades Sociais ou em colaboração com a Administração Pública e/ou empresas imobiliárias. A gestão destas habitações com uma finalidade social clara, geridas pelas Entidades Sociais que gerem estes serviços no território ou em colaboração com as Administrações Públicas através de convênios, contratos ou subsídios”. Por meio destas ações e possibilitando que as entidades de cunho social recebam também gratificações e licenças para atuação no HF vai garantido o direito à moradia e suprimindo o déficit habitacional.

Troca de casas, “Este tipo de habitação pode ser uma oferta interessante para a constituição de um parque habitacional para arrendamento para pessoas em processo de inclusão sócio-residencial. Desenvolvendo um programa habitacional que inclui a troca de casas de idosos por outras mais equipadas, e oferecendo-as a outros grupos, podemos cobrir ambas as necessidades habitacionais, que atualmente têm uma grande procura”. Pois, existem inúmeros imóveis que não suprem as necessidades de uma parte da população que necessita de cuidados e dependem de ações governamentais, outros que não se adaptam mais aos seus moradores e por sua vez, estes não possuem condições financeiras para reformas de espaços como : (banheiros acessíveis, portas largas, móveis rebaixados, barras de apoio, etc.



### CONHEÇA MAIS

#### Programas de troca de casa

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/fomentoinfraestructurasyOrdenciondelterritorio/areas/habitacion-rehabilitacion/estoque-habitacion.html>. (Site web: [www.provivienda.org](http://www.provivienda.org) ÍNDICE EU. II. III. 4. V. SERRAR,2020)

### Aluguel de imóveis

A estratégia mais imediata no Brasil trata do aluguel de imóveis no mercado privado. A estratégia aqui trata de buscar o mercado imobiliário e aluguéis particulares, de acordo com a escolha do atendido e disponibilidade no território, e para tal, algumas estratégias importantes precisam ser lembradas:

1. Procura de imóveis que se adequem às necessidades e possibilidades econômicas do Programa (que se enquadrem no valor máximo disponível por unidade);
2. Contato com o proprietário ou gestor do imóvel para agendar visita;
3. Visita ao imóvel, observação das condições de habitualidade, estrutura e conservação.
4. Apresentação do projeto e a finalidade social que o imóvel terá. Acordo sobre o valor do aluguel e demais custos associados (como condomínio, gás de cozinha encanado, Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU) ou qualquer outro aspecto que impacte na capacidade de manter os compromissos contratuais)
5. Após a seleção de possíveis imóveis, realizar visita com a pessoa que vai morar, considerando as opiniões e observações a respeito da moradia.
6. Por vez que o imóvel seja escolhido, providenciar a documentação necessária para a elaboração do contrato e formalização do mesmo.

## PASSO A PASSO PARA A CAPACITAÇÃO DAS MORADIAS

### Moradia Primeiro



Imagem: INRua

Importante ressaltar que no modelo *Housing First*, os participantes do Projeto têm voz ativa na tomada de decisão sobre a escolha do imóvel. Neste processo é fundamental que a pessoa tenha liberdade de expressar suas opiniões acerca do ambiente onde irá morar.

Para que esses passos desenvolvam-se é necessário visualizar previamente o número de moradias disponíveis no território buscado, o preço médio do m<sup>2</sup> nas principais regiões habitacionais, a evolução do valor do aluguel em relação aos últimos períodos e conhecer a gestão das imobiliárias e o valor estimado referencial para a manutenção da moradia no programa e a estimativa de tempo para a captação de um imóvel *Housing First*. Esse estudo deve se dar por bairro/região, de acordo com a prioridade do morador, identificando as vias de acesso ligadas às moradias.

**Caminhos para encontrar as moradias:** imprensa local, anúncios da internet em portais especializados, rede de colaboradores interessados, centros comunitários e andando porta a porta (*visita in loco*).

Aos proprietários (é comum encontrar resistência para que fechem o contrato com o projeto) deve-se ressaltar que haverá, por parte da equipe técnica, o controle sobre o estado e conservação da moradia.

Após as primeiras contratações celebradas pode ser uma estratégia interessante a formulação de material de divulgação sobre o programa com testemunhos de proprietários/locadores que aderiram ao programa, com relatos da experiência por parte deles.

Os pagamentos são realizados nas datas acordadas, firmando o compromisso de realizar os trâmites para a locação em menor tempo possível. Também é relevante informar a intermediação da equipe em possíveis conflitos com a vizinhança, assessoramento jurídico e fiscal relativo ao processo da locação.

Em alguns casos, a resistência dos proprietários pode ser atenuada também com o pagamento adiantado (caução) de alguns aluguéis – estratégia muito utilizada no Brasil – que apazigua um pouco os ânimos, desconfianças e riscos no processo de contratação de imóveis.

No ramo imobiliário geralmente a grande motivação do proprietário é a tranquilidade para que os procedimentos aconteçam sem intercorrências. Deve-se otimizar esse contato, buscando investigar outras motivações, especialmente uma possível sensibilidade social, para que tal locador se torne também um apoiador do projeto e conhecedor do *Housing First*.

Para uma resposta significativa, a implementação local deve basear-se nos seguintes aspectos:

- Moradias individuais ou com poucas pessoas, respeitando a afinidade entre as pessoas;
- Evitar barreiras arquitetônicas que dificultem a vida das pessoas;
- Garantir a instalação de mobília mínima e adequada às necessidades;
- Indicar locais que favoreçam a integração com a comunidade local e a vizinhança;
- Evitar bairros com alta densidade de exclusão social e problemas que venham a dificultar a adaptação dos indivíduos ou fortalecer condutas problemáticas;
- Optar por lugares de fácil acesso ao transporte público e demais aspectos de infraestrutura urbana de modo a garantir o direito à cidade;
- Acesso a serviços de infraestrutura básica, culturais e sanitárias;
- Evitar a concentração de pessoas filiadas ao programa em uma única instalação e produzir “guetos” reconhecidos por serem moradias de pessoas com trajetória de rua – em grandes locações pode-se restringir ao máximo de 10% ou 15% de unidades utilizadas no programa *Housing First*.

A titularidade das moradias pode ser privada ou pública, havendo especificidades em cada uma dessas titularidades:

#### **Moradias privadas com titularidade particular, pessoa física ou jurídica**

**As vantagens:** maior capilarização dos imóveis na cidade, relação direta do inquilino com o locatário, maior agilidade para suprir necessidades que possam surgir.

**As desvantagens:** maior dificuldade de adesão do entorno, fiscalizações sujeitas à desconfiança do agente público, elevados preços em algumas regiões, entraves com a legislação, que em linhas gerais favorece o proprietário.

#### **Moradias públicas com titularidade do Estado**

**Vantagens:** menor custo do aluguel, estabilidade nas rendas destinadas à manutenção dos aluguéis, diálogo político mais propositivo com os poderes públicos.

**Desvantagens:** disponibilidade de imóveis inaptos à moradia de acordo com a filosofia *Housing First*, supõe maior investimentos e burocracia, escassez de imóveis com finalidade social à disposição, risco de ocupação ilegal.

#### **Dossiê de apresentação da moradia:**

Trata-se de um documento apresentado às pessoas participantes do projeto antes de firmarem o acordo entre as partes, levando em consideração as alternativas

de moradias previamente sondadas para o *Housing First*. Esse processo antecede o passo da visitação, que deve acontecer do futuro morador com a equipe técnica às casas. Assim otimiza-se os deslocamentos e oferece-se o maior número de informações aos que estarão integrados ao projeto.

- **Mapa do zoneamento:** incorpora-se um mapa com a localização da possível região da moradia e as características do seu entorno;
- **Dados gerais:** localização referente à moradia, como bairro, distrito, enquadramento das designações municipais de urbanização;
- **Dados técnicos:** inclui as características técnicas, o que pode ser acompanhado de uma pasta com fotografias que identifiquem o tipo de imóvel e o que ele estruturalmente possui (quintal, número de cômodos, banheiro, cozinha, etc.), bem como a descrição dos equipamentos disponibilizados, quando se trata de imóvel mobiliado ou semi-mobiliado. Inclui também a metragem e a tipificação do imóvel (ático, casa térrea, apartamento, *kitnet*, etc)
- **Serviços:** a lista dos serviços públicos disponíveis no entorno que poderão ser beneficiados pelo morador, como linhas de transporte coletivo, unidades de saúde, centros profissionalizantes, comércio geral, bibliotecas, centros esportivos, associações.

De toda forma, é importante destacar que o *Housing First* não é somente a oferta de moradia, mas um modelo que supõe o acompanhamento contínuo e individual, com suporte técnico para desenvolvimento de autonomia e qualidade de vida dos atendidos, valorizando a inserção social e comunitária. Para essa operacionalização, prioriza-se uma abordagem compromissada com a disponibilidade e o fornecimento de moradias seguras, acessíveis e adequadas às particularidades dos/as moradores/as.

O modelo possibilita a moradia imediata e permanente (pelo tempo que for necessário), sem pré-condições e triagens eliminatórias, visando o alcance das melhores condições para que as pessoas possam se estabilizar e melhorar seu bem-estar e saúde.

O *Housing First* não exige que os indivíduos resolvam os problemas pessoais (muitas vezes motivadores da situação de rua) para que participem do programa. A moradia estável é vista como base para recuperação e reinserção social.



Imagem: INRua

(Casal acessando a moradia após mais de 6 anos em situação de rua - Projeto Moradia

Primeiro Curitiba, 2019)

O processo de captação de moradias é um uma atividade fundamental para a plena execução de programas *Housing First*. No entanto, considerando que esta é uma abordagem relativamente nova no país e se trata de algo que ainda é pouco familiar para a maioria das pessoas, a captação de moradias guarda muitos desafios.

### 3.4. CONTRATO DE ALUGUÉIS

**A** equipe técnica deve acompanhar fisicamente o futuro morador para que antes da assinatura do contrato, conheça o imóvel e concorde com a territorialidade, facilitando uma relação empática e de pertencimento com a comunidade.

Entre as diretrizes dadas pela equipe de gerenciamento deve-se estabelecer um contrato de locação mais tradicional, constando o acesso à habitação de forma incondicional, incluindo a sua duração e possibilidade (automática ou não) para a renovação. O contrato de aluguel, seja na esfera governamental ou outras instituições, deve ser formatado visando a fidelidade aos princípios de *Housing First* e garantido segurança jurídica de ambas as partes. (locador e locatário).

Para prevenir possíveis conflitos contratuais sugere-se:

- Investir na formação dos envolvidos, utilizando-se das visitas regulares para assegurar as particularidades de convívio naquela situação, escutando respeitosamente as sensibilidades do morador e reforçando os acordos pactuados;
- Estabelecer com proprietários e participantes um diálogo que trabalhe os falsos estereótipos presentes, crenças e opiniões divergentes da relação que está sendo estabelecida;
- Investigar possíveis sinais de aporofobia (medo, fobia a pobres) por parte da comunidade, criando vínculos com moradores e instituições locais que auxiliem nessa desconfiguração.

Escutar de maneira ativa e qualificada às demandas apresentadas por todos os atores envolvidos, buscando fortalecer um serviço mais personalizado e que seja satisfatório para todos. Mantendo um canal aberto, dialógico, respeitoso e operativo, inclusive para gerenciar as questões contratuais e possíveis problemas que possam surgir.

### 3.5. ESTRUTURAÇÃO DOS IMÓVEIS: MOBÍLIA MÍNIMA

A entrega do imóvel deve acontecer mediante inclusão de todo o mobiliário necessário para que as pessoas acompanhadas tenham condição de viver, respeitando necessidades específicas de cada situação. O projeto deve contar com uma lista básica, porém flexível de acordo com a demanda minimamente personalizada a cada participante que adere ao *Housing First*, lembrando especialmente das adaptações para pessoas com mobilidade reduzida.

Para isso, vale contar como possibilidade um “banco / acervo de mobília” que aciona possíveis doadores de itens como: cama, guarda-roupa, mesas, cadeiras, eletrodomésticos, roupas, etc., transportando e catalogando essas doações, para que sejam usadas ao longo dos acolhimentos de futuros moradores.

As experiências internacionais frequentemente contam com um “Banco de Mobília”, ou seja, um espaço que armazena doações que podem compor enxovais para novas casas e todo tipo de mobília necessária. Em alguns casos, os novos moradores ou moradoras instalados tem a oportunidade de ir até estes locais e escolher eles mesmos a mobília que mais agrada e convém ao espaço de moradia.

Uma vez adquiridos os equipamentos, deve-se verificar o funcionamento de todos eles bem como instalações elétricas e hidráulicas. Um cuidado que deve existir nessa etapa é a preocupação com os itens de segurança (portão, fechaduras, acessos) prevendo a privacidade e segurança.

Quando a moradia já estiver mobiliada, a responsabilidade pela entrada, verificação das instalações e notificação em caso de alguma intercorrência com esse patrimônio é do técnico do projeto, ligado àquela casa e atendimento.

Importante considerar que durante o período da moradia, poderá haver necessidades de reparos materiais no imóvel, como pintura, adequações, reposição de utensílios e outros. Entretanto, nem sempre o projeto conta com orçamento para realizar este tipo de compra e manutenção. A partir dessa perspectiva, é importante o diálogo com os moradores atendidos e possíveis parcerias que poderão contribuir neste processo.

### 3.6. ACORDO/CONTRATO DE ADESÃO DA PESSOA ATENDIDA E REGRAS DE PERMANÊNCIA NO PROGRAMA.

Em primeiro lugar, o modelo *Housing First* se propõe como uma alternativa permanente de oferta de moradia com suporte técnico, pelo tempo que as pessoas precisarem, havendo a possibilidade de desligamento quando a pessoa atendida produz arranjos específicos até que se avalie que não precisa mais do suporte econômico ou técnico.

Entretanto, é muito frequente as seguintes perguntas: *Housing First* sendo um programa tão aberto, não utilizando processos de triagem convencional, organizado para atendimento de casos complexos, atendendo pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas, com transtornos mentais severos, potenciais causadores de problemas graves ou mesmo de abandono das moradias, quais são as regras de desligamento? Em que circunstâncias uma pessoa pode ou deve ser desligada do programa? Ou ainda, qual é o limite de tempo de permanência?

Considerando que estas são dúvidas frequentes, principalmente para as pessoas com uma aproximação recente à metodologia, é importante afirmar que precisamos mudar o paradigma, abandonar tais preocupações para assumir outras condutas com relação aos atendidos. Tal questão ressoa um tanto problemática, vamos esclarecê-la: o *Housing First* propõe a oferta de serviços sem prazo para terminar? Exatamente.

No entanto, é necessário nos perguntarmos por que este aspecto surpreende tanto e se torna problemático em alguns casos?

É fundamental compreender que a lógica tradicional dos serviços de atendimento pressupõe que o apoio e o auxílio técnico de qualidade e eficaz é aquele que irá produzir no indivíduo as condições de ser plenamente autônomo do ponto de vista financeiro e da organização de suas vidas. Obviamente, esta é uma circunstância ideal que desejamos para todas as pessoas. Mas até onde esta é uma perspectiva realista? Em que termos este é um plano funcional para todas as pessoas?

**Vamos pensar um exemplo:** imagine uma pessoa, um homem de 50 anos, que passou 25 anos em situação de rua, com os vínculos familiares interrompidos durante todo este tempo e traumas profundos que o impedem de se reconectar, longo período de uso problemático de drogas e transtornos mentais. Sempre trabalhou em atividades braçais, fazendo bicos como ajudante em carga e descarga de produtos e como ajudante de pedreiro e demais trabalhos na construção civil.

Atualmente, participa do programa *Housing First*. Um de seus sonhos relatados à

equipe era conseguir voltar ao trabalho de forma regular. Buscou e conseguiu tarefas remuneradas na comunidade, mas logo percebeu que suas forças não o possibilitam mais a realização de trabalhos pesados, hoje tem hérnia de disco e sente intensas dores quando tenta carregar peso. Rapidamente seus empregadores avaliaram que não é economicamente interessante empregar alguém em suas condições.

Mesmo em um programa de acompanhamento e manutenção da sobriedade no CAPSad e agora com cuidados médicos regulares, descobriu a existência de doenças resultantes do uso problemático de álcool. Recentemente foi diagnosticado com diversas outras enfermidades agravadas pelo consumo de álcool. Seu uso tornou-se particularmente perigoso, o que levou a buscar a sobriedade, contudo, precisa fazer uma dieta com muitas restrições de consumo, para não agravar ainda mais seu quadro clínico.

Sem dúvida alguma, existem diversas ações que o auxiliam a atingir um nível satisfatório de bem-estar, conseguindo realizar algumas atividades menos pesadas, com melhor controle sobre seu consumo, ingestão de alimentos e estabilização do quadro de saúde.

Este caso nos ajuda a pensar uma dificuldade recorrente: apesar das possibilidades de estabilização e melhoria da qualidade de vida através do suporte técnico e da segurança de uma casa, o que se pode esperar em termos de melhoria de sua autonomia? O passar dos anos, após uma vida cheia de desafios e excessos, a tendência natural (inclusive das capacidades físicas do corpo) não prometem um progresso avassalador.

O processo de envelhecimento geralmente produz, em cada um de nós, independentemente da vida pregressa, mais necessidade de auxílio e cuidado, não o contrário! Haja visto a forma de nossa organização social, culturalmente as unidades familiares se responsabilizam pelos idosos e pessoas que acumulam dificuldades para a realização de atividades cotidianas, mas o que faremos com aqueles que não tem esta possibilidade? Em certa medida a sociedade se organiza para o cuidado daqueles que se tornam dependentes, na tentativa de que não fiquem à míngua, no entanto, muitas pessoas acabam desamparadas no processo de envelhecimento.

Os desafios reais impõem a necessidade de refletirmos sobre esta projeção ideal de autonomização e levar a sério o fato de que esta não é uma realidade possível para um grande número de pessoas.

Ainda sobre esta demanda de processos de desligamento, há algo importante a ser dito: um dos motivos recorrentes para a não adesão a serviços especializados para a população em situação de rua é o estabelecimento de prazos de conclusão de ciclos. As pessoas em situação de rua estão acostumadas a buscar serviços de atendimento e quanto antes serem noticiadas sobre o prazo que tem para utilizá-los, por exemplo, em determinada unidade de acolhimento o tempo máximo de permanência é de 90 dias. Após este período, a pessoa é desligada e precisa ficar algum tempo sem ser atendida, até que este prazo se renove e ela tenha nova chance de utilizar o serviço.

Muito se fala que a população em situação de rua tem como uma de suas características o nomadismo, como se isto fosse uma escolha de vida, parte de uma cultura. Ainda que isto possa ser verdadeiro em alguns casos, não se considera que o limite de tempo de uso dos serviços impõe necessidade de circulação, pois na medida em que se finda o prazo em uma cidade, as pessoas são impelidas a buscar dias de acolhimento em outra cidade. Em um fluxo sem fim.

O processo repetitivo de renovação de prazos é absolutamente frustrante. Nas entrelinhas, estabelece um prazo imaginado como suficiente para que as pessoas consigam se organizar e elas repetem este fluxo por anos a fio sem consegui-lo. Em alguma medida, é como se este fracasso fosse culpa delas mesmas, que não conseguem utilizar o tempo concedido para resolver suas vidas.

Em resumo, o estabelecimento de prazos de uso é um grande causador de ansiedade e frustração. É um dos motivos para grande parte das pessoas em situação de rua não aderirem aos serviços, pois sabem que não poderão contar com eles em longo prazo e que brevemente terão que se readaptar às ruas.

Assim, em programas *Housing First*, é importante não trabalhar com esta lógica. A informação de que o programa é permanente e que as pessoas poderão contar com aquele bem (a moradia e o suporte) por tempo indeterminado tem um efeito psicológico de segurança imediato. É como se a pessoa pudesse relaxar e respirar aliviada. Sair da “frequência da rua” (MELO, 2017), ou seja, de uma lógica da emergência, risco, imprevisibilidade e imediatismo que produz um corpo hostil e tenso, para então se sentir seguro e poder organizar planos e projetos de curto, médio e longo prazo.

No modelo *Housing First* as regras precisam ser simples e objetivas. Utilizando-se da experiência do projeto de Curitiba/carta acordo firmada entre o INRua e os participantes destacam-se os seguintes combinados:

- Permitir acompanhamento técnico em uma base diária ou semanal (de acordo com a avaliação do caso, dos acordos com o atendido ou atendida, considerando que as visitas são agendadas) ao longo de todo período de atendimento.

Não há *Housing First* sem acompanhamento e suporte. Esta é parte imprescindível do trabalho. A pessoa que assina o termo de acordo e adesão ao programa deve estar ciente de que será acompanhada e visitada pela equipe.

- Se compromete a destinar 30% de sua renda (quando existente) para custeio dos gastos mensais de domicílio.

Na maioria dos casos, as pessoas aderem ao programa sem ter qualquer tipo de rendimento, no entanto, o processo de trabalho auxilia as pessoas em sua organização

de tarefas e aspectos financeiros. De modo que possam estar inseridas em alguma atividade remunerada para seu auto sustento. Por vez que se alcance esta conquista e a pessoa passa a ter alguma renda, ela está comprometida em repassar para administração do Programa 30% daquilo que ganha para o custeio do projeto.

- O participante concorda em manter cuidado com sua casa, respeitar o ambiente, vizinhos e comunidade, limitando as perturbações causadas por visitantes, bem como barulhos e outros comportamentos perturbadores da ordem, privacidade e bem-estar dos demais.

A ideia com o Programa é que as pessoas possam ter uma vida como qualquer outro domiciliado e, da mesma forma, tenham também que cumprir e respeitar normas locais de convívio.

- Ser o único inquilino/a vivendo na residência, conforme contrato de locação, sem nenhuma outra pessoa vivendo no mesmo imóvel, a não ser quando os participantes forem um casal ou tiver filhos/as.

Há casos de programas *Housing First* que produzem circunstâncias de coabitação, em casas com quartos separados e privacidade individual. Há vantagens e desvantagens nesse modelo: por um lado, as pessoas podem se entender muito bem e se ajudar no convívio cotidiano, tendo a companhia de outra pessoa. No entanto, é possível também que estas relações se tornem voláteis ou perturbadoras para os próprios integrantes. Pensamos que o cenário ideal é que as pessoas estejam em unidades familiares, seja como única pessoa morando ou casais com ou sem filhos. Contudo, a regra de ser o único inquilino trata-se na verdade de uma tentativa de oferecer segurança para os próprios moradores ou moradoras. Afinal, as pessoas em situação de rua frequentemente produzem redes de amigos, conhecidos, colaboradores enquanto estão em situação de rua.

Na medida em que conseguem uma vaga no Programa e atingem um determinado nível de bem-estar – algo desejado pela maioria das pessoas – pode haver uma tendência de querer auxiliar os companheiros e companheiras de rua ou até mesmo de se sentir coagido a receber mais pessoas para coabitação. Se por um lado tal circunstância pode ser motivada até mesmo por um sentimento nobre de “ajudar ao próximo”, é também uma situação que pode atrapalhar o processo individual, na medida em que, pode reproduzir o padrão de ocupação nas ruas, converter a moradia em espaço de uso coletivo de substâncias, tornando a moradia um espaço compartilhado, superlotado e precário. O que não pode ser nosso objetivo.

A primeira e mais fundamental tarefa que devemos realizar é, antes do processo mesmo de entrada no imóvel, fazer um estudo detalhado e paciente do termo de acordo que será celebrado entre as partes.

Este momento é muito importante, deve guardar toda cautela possível para que a pessoa atendida conheça exatamente todos os termos do contrato assinado e que estes termos sejam explicados à exaustão de modo que se garanta seu entendimento. Por vez que compreendido, o termo deve ser assinado entre as partes e é fundamental que a pessoa atendida tenha uma cópia desse documento, de modo que possa consultá-lo livremente, quando bem entender.

Após o ingresso das pessoas nas moradias, há a necessidade de estabelecer estratégias de organização entre os envolvidos, que basicamente devem:

- Estabelecer um canal de comunicação apropriado entre equipe, proprietários e participantes;
- Ajustar acordos, preservando a confidencialidade dos dados sensíveis de todas as partes envolvidas, especialmente dos moradores/as;
- Desenvolver uma escuta ativa e qualificada que envolva a todos, na condição de mediador de conflitos, indicando de maneira ética, fluida, verdadeira, equilibrada e pontual, caminhos para solucionar as pendências apresentadas;
- Garantir disponibilidade da equipe técnica, empatia e mediação em todas as situações ao longo do processo, especialmente nos momentos de crise e possíveis problemas que possam surgir;
- Evitar generalizações nos diálogos tampouco criar expectativas que não poderão ser contempladas pelo projeto;
- Garantir os direitos e deveres de todas as partes implicadas;
- Eleger a prevenção e cuidado como a melhor solução.

Por fim, como estas regras devem ser administradas pela equipe? Antes de tudo, é importante pontuar que estas regras devem ser um norte, um caminho de organização e um acordo claro entre as partes.

Mas o que faremos quando as pessoas incorrerem na quebra de algum dos termos acordados? Se uma pessoa começa a produzir evitação das visitas, convida um colega para coabitar de forma escondida, perturba a paz da vizinhança e engaja em condutas antissociais?

As equipes de programas *Housing First* devem ter o compromisso de resolver estes conflitos e infrações através de negociação e acordos, tendo em mente realizar o máximo de esforços possíveis para que a pessoa não seja desligada do programa.

O desligamento do programa deve ser a última alternativa, depois de esgotadas todas as negociações possíveis. Deve ser uma situação evitada ao máximo e que, quando inevitável, deve ser absolutamente excepcional. Sobretudo, devemos ter cuidado redobrado com o risco de utilizar as regras como forma de coação, constrangimento ou ameaça sobre a perda do direito a morar.

### 3.7. MODELOS DE PROJETOS MORADIA PRIMEIRO DIFERENCIADOS POR NÚMERO DE ATENDIDOS

**A**pós termos estudado os pontos primordiais da metodologia *Housing First*, abordando desde a contextualização da população em situação de rua até formatação de equipe e estruturação/captação de moradias para implementação do projeto, passamos para outro ponto fundamental: modelos de projetos estruturados de acordo com número de atendimentos e o estudo de viabilidade econômica, definindo estratégias que certamente tornarão a implantação do HF mais simples e eficaz.

Nosso país contempla diferenças significativas em configurações determinantes quando falamos sobre o reordenamento ou mesmo a criação de políticas públicas para a população em situação de rua. Desde o tamanho dos municípios até suas diferenças culturais e econômicas e sobretudo, a assimetria no perfil dessa população de acordo com a região estudada.

Essas diferenças citadas abrangem não apenas perfis da própria população em situação de rua, mas para além disso, permeiam a configuração das gestões públicas e estruturas de equipamentos voltadas para essas pessoas. Temos cidades de pequeno porte com um número ínfimo de pessoas em situação de rua, mas com equipamentos para atendimento emergencial e cidades estruturadas e com maior número de habitantes sem acolhimento destinado, por exemplo.

Vale lembrar que a implementação da metodologia *Housing First* se faz independente da adesão ou estruturação do município dentro da tipificação do SUAS (Sistema Único de Assistência Social) ou do estabelecimento de secretaria de habitação. Mesmo cidades sem quaisquer equipamentos voltados para essa população tem capacidade estratégica de implementação do HF, moldando e adaptando o método à realidade local.

Sendo assim, é interessante estudarmos as estratégias de implementação do *Housing First* partindo do princípio que a metodologia se adequa à realidade local e que independe do porte do município ou da estrutura de atendimento existente.

Ao pensarmos nessa estruturação alguns pontos fundamentais precisam ser levados em conta: a equipe técnica e o formato de contratação, caso a implementação se dê através do poder público, ou mesmo a possibilidade de parcerias com a sociedade civil, como se vê em diversos exemplos de implementação do Moradia Primeiro em todo o mundo e, sobretudo, a definição de estratégias de ação para a implementação.

As estratégias de ação precisam ser estabelecidas, como dissemos anteriormente, através de um diagnóstico com levantamento de dados o mais preciso possível, perfil

da população e demais informações que auxiliem de forma prática na estrutura de implementação do projeto. A metodologia em si é simples e clara, mas sua implementação envolve uma relação imensa de detalhes que precisam ser estipulados e pensados previamente.

Esses detalhes farão com que tanto o estudo de viabilidade, quanto a estruturação da equipe e a definição de estratégias para captação de moradias se dê de forma organizada e eficaz.

Para termos alguns exemplos práticos que nos permita visualizar possibilidades de implementação do programa, apresentaremos a seguir uma previsão média de gastos básicos, com três projeções distintas de atendimentos para 10 (dez), 50 (cinquenta) e 100 (cem) pessoas / unidades domiciliares.

**Veja a tabela a seguir:**

MOBÍLIA MÍNIMA				10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR	QTDDE			
Fogão 4 bocas	Eletrodomésticos	R\$ 730,00	1	R\$ 7.300,00	R\$ 36.500,00	R\$ 73.000,00
Refrigerador 240 litros	Eletrodomésticos	R\$ 1.500,00	1	R\$ 15.000,00	R\$ 75.000,00	R\$ 150.000,00
Botijão de gás	Moveis e Utensílios	R\$ 150,00	1	R\$ 1.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 15.000,00
Microondas 20 litros	Eletrodomésticos	R\$ 482,00	1	R\$ 4.820,00	R\$ 24.100,00	R\$ 48.200,00
Mesa 4 cadeiras	Moveis e Utensílios	R\$ 424,00	1	R\$ 4.240,00	R\$ 21.200,00	R\$ 42.400,00
Jogo de pratos fundos 6 unidades	Moveis e Utensílios	R\$ 42,00	1	R\$ 420,00	R\$ 2.100,00	R\$ 4.200,00
Jogo de panela com 06 e peças	Moveis e Utensílios	R\$ 290,00	1	R\$ 2.900,00	R\$ 14.500,00	R\$ 29.000,00
Conjunto garfo e faca (6 pessoas)	Moveis e Utensílios	R\$ 50,00	1	R\$ 500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 5.000,00
Copo de vidro 200ml (6 unidades)	Moveis e Utensílios	R\$ 24,00	1	R\$ 240,00	R\$ 1.200,00	R\$ 2.400,00
Lixo para rejeito e reciclável	Moveis e Utensílios	R\$ 60,00	1	R\$ 600,00	R\$ 3.000,00	R\$ 6.000,00
Rodo e vassoura	Moveis e Utensílios	R\$ 30,00	1	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00	R\$ 3.000,00
Bacia 40 cm	Moveis e Utensílios	R\$ 30,00	1	R\$ 300,00	R\$ 1.500,00	R\$ 3.000,00
Balde plástico 10l	Moveis e Utensílios	R\$ 25,00	1	R\$ 250,00	R\$ 1.250,00	R\$ 2.500,00
Cama casal box ortopédica	Moveis e Utensílios	R\$ 500,00	1	R\$ 5.000,00	R\$ 25.000,00	R\$ 50.000,00
Jogo para lençol casal	Moveis e Utensílios	R\$ 60,00	3	R\$ 1.800,00	R\$ 9.000,00	R\$ 18.000,00
Armário 4 portas	Moveis e Utensílios	R\$ 400,00	1	R\$ 4.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 40.000,00
Cobertor para casal microfibra	Moveis e Utensílios	R\$ 60,00	1	R\$ 600,00	R\$ 3.000,00	R\$ 6.000,00
jogo de toalhas 5 peças	Moveis e Utensílios	R\$ 130,00	1	R\$ 1.300,00	R\$ 6.500,00	R\$ 13.000,00
Cortina	Moveis e Utensílios	R\$ 120,00	1	R\$ 1.200,00	R\$ 6.000,00	R\$ 12.000,00
Travesseiro	Moveis e Utensílios	R\$ 40,00	2	R\$ 800,00	R\$ 4.000,00	R\$ 8.000,00
Lixo de banheiro	Moveis e Utensílios	R\$ 50,00	1	R\$ 500,00	R\$ 2.500,00	R\$ 5.000,00
Cômoda com 5 gavetas em mdf	Moveis e Utensílios	R\$ 250,00	1	R\$ 2.500,00	R\$ 12.500,00	R\$ 25.000,00
Sofá 2 lugares	Moveis e Utensílios	R\$ 1.000,00	1	R\$ 10.000,00	R\$ 50.000,00	R\$ 100.000,00
Aparelho de televisão 32 polegadas	Eletrodomésticos	R\$ 1.200,00	1	R\$ 12.000,00	R\$ 60.000,00	R\$ 120.000,00
Rack para tv	Moveis e Utensílios	R\$ 320,00	1	R\$ 3.200,00	R\$ 16.000,00	R\$ 32.000,00
Cortina	Moveis e Utensílios	R\$ 150,00	1	R\$ 1.500,00	R\$ 7.500,00	R\$ 15.000,00
Ventilador	Utensílios diversos	R\$ 89,00	1	R\$ 890,00	R\$ 4.450,00	R\$ 8.900,00
Lava Roupas	Eletrodomésticos	R\$ 890,00	1	R\$ 8.900,00	R\$ 44.500,00	R\$ 89.000,00
<b>TOTAL INVESTIMENTO MOBÍLIA MÍNIMA</b>				<b>R\$ 92.560,00</b>	<b>R\$ 462.800,00</b>	<b>R\$ 925.600,00</b>

No que diz respeito à projeção de gastos com mobília, o primeiro aspecto importante de ser salientado é que a mobília deve ser prevista como investimento. Com a possibilidade (ideal) da compra dos itens de mobília novos, tratar-se-á de um gasto único.

Contudo, existem outras alternativas para aquisição de mobília, tendo em vista que frequentemente é possível contar com a doação destes itens. Algumas cidades brasileiras contam com o serviço de recolhimento de mobílias doadas pelos cidadãos, que podem ser aglutinadas em acervo específico para uso do projeto, bem como parceria com igrejas e organizações da sociedade civil que podem auxiliar na captação destes bens, por vezes novos ou mesmo de segunda mão em bom estado de conservação.

A seguir, na tabela abaixo, passaremos a uma projeção dos gastos fixos mensais com a manutenção do domicílio pelo período de 1 (um) ano.

MANUTENÇÃO DA MORADIA				10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR	QTD			
Aluguel		R\$ 800,00	12	R\$ 96.000,00	R\$ 480.000,00	R\$ 960.000,00
Energia Elétrica		R\$ 200,00	12	R\$ 24.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 240.000,00
Fornecimento de Água		R\$ 200,00	12	R\$ 24.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 240.000,00
Gás		R\$ 100,00	4	R\$ 4.000,00	R\$ 20.000,00	R\$ 40.000,00
Fundo reserva emergências		R\$ 200,00	12	R\$ 24.000,00	R\$ 120.000,00	R\$ 240.000,00
<b>TOTAL INVESTIMENTO MANUTENÇÃO DA MORADIA</b>				<b>R\$ 172.000,00</b>	<b>R\$ 860.000,00</b>	<b>R\$ 1.720.000,00</b>

Os gastos mensais com a manutenção das moradias pode variar de acordo com a realidade local, o território designado para o aluguel e o contexto econômico do momento.

Os projetos locais devem considerar também a busca por alternativas que permitam a economia dos gastos com o projeto. Por exemplo, a possibilidade de utilizar imóveis públicos, inscrever os moradores em programas locais de acesso aos serviços de fornecimento de luz e água que podem gerar economia de gastos ao projeto.

Por fim, o fundo de reserva refere-se à existência de um fundo para gastos emergenciais de manutenção do domicílio, tendo em vista que os imóveis podem necessitar de um algum reparo hidráulico, troca de lâmpadas, pintura ou qualquer tipo de reparo necessário à boa manutenção do imóvel.

EQUIPE TÉCNICA				10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR	QTD			
Coordenador	Pessoal	R\$ 6.500,00	12	R\$ 78.000,00	R\$ 78.000,00	R\$ 156.000,00
Agente de acompanhamento	Pessoal	R\$ 3.200,00	12	R\$ 38.400,00	R\$ 192.000,00	R\$ 384.000,00
<b>TOTAL INVESTIMENTO EQUIPE TÉCNICA</b>				<b>R\$ 116.400,00</b>	<b>R\$ 270.000,00</b>	<b>R\$ 540.000,00</b>

OBRIGAÇÕES PESSOAL				10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR	QTD			
Vale Refeição	Obrigações	R\$ 400,00	12	R\$ 9.600,00	R\$ 28.800,00	R\$ 57.600,00
Vale Transporte	Obrigações	R\$ 220,00	12	R\$ 5.280,00	R\$ 15.840,00	R\$ 31.680,00
Combustível	Obrigações	R\$ 300,00	12	R\$ 7.200,00	R\$ 21.600,00	R\$ 43.200,00
Obrigações Patronais	Obrigações	R\$ 400,00	12	R\$ 9.600,00	R\$ 28.800,00	R\$ 57.600,00
<b>TOTAL OBRIGAÇÕES PESSOAL</b>				<b>R\$ 31.680,00</b>	<b>R\$ 95.040,00</b>	<b>R\$ 190.080,00</b>

O cálculo de pagamento de profissionais da equipe é um aspecto que também pode variar grandemente no que diz respeito a cada projeto e também aos contextos locais. Existem diferenças, por exemplo, se o projeto local será realizado em conjunto com a sociedade civil ou exclusivamente pelo poder público, se através de funcionários concursados ou contratados, dentre outras particularidades no que diz respeito à forma de produção de contratos de trabalho.

Nesta projeção exemplar, sugerimos a contratação de uma equipe básica mínima para a realização do trabalho. Neste exemplo, trabalhamos com uma razão de contratados por número de atendidos, sendo ela:

- 1 coordenador/a a cada 50 atendidos
- 1 agente de acompanhamento e suporte a cada 10 atendidos

Desse modo, um projeto que vislumbre o atendimento de até 10 atendidos contará com 1 coordenador/a e 1 agentes de acompanhamento de caso; um projeto para 50 atendidos contará com um coordenador de equipe e 5 agentes de caso; um projeto para atendimento de 100 pessoas contará com 2 coordenadores de equipe e 10 agentes de caso e assim poder-se-á obedecer a esta lógica de modo sucessivo ou com adaptações de acordo com o projeto local.

Na tabela a seguir apresentamos a somatória dos custos do projeto pelo período de um ano:

ITEM	10 ATENDIDOS	50 ATENDIDOS	100 ATENDIDOS
TOTAL INVESTIMENTO MOBÍLIA MÍNIMA (investimento único)	R\$ 92.560,00	R\$ 462.800,00	R\$ 925.600,00
TOTAL INVESTIMENTO MANUTENÇÃO DA MORADIA (12 meses)	R\$ 172.000,00	R\$ 860.000,00	R\$ 1.720.000,00
TOTAL INVESTIMENTO EQUIPE TÉCNICA (12 meses)	R\$ 116.400,00	R\$ 270.000,00	R\$ 540.000,00
TOTAL OBRIGAÇÕES PESSOAL	R\$ 31.680,00	R\$ 95.040,00	R\$ 190.080,00
<b>TOTAL INVESTIMENTO ANUAL</b>	<b>R\$ 412.640,00</b>	<b>R\$ 1.687.840,00</b>	<b>R\$ 3.375.680,00</b>

Na projeção abaixo podemos conferir o total do custo do projeto incluindo o investimento em mobília, bem como os custos mensais com equipe técnica e manutenção da moradia, com 3 propostas de número de atendimentos, bem como os valores *per capita* anual e mensal.

CUSTO ANUAL COM INVESTIMENTO EM MOBÍLIA MÍNIMA	10 ATENDIMENTOS	50 ATENDIMENTOS	100 ATENDIMENTOS
	R\$	R\$	R\$
Investimento per capita anual	R\$ 41.264,00	R\$ 33.756,80	R\$ 33.756,80
Investimento per capita mensal	R\$ 3.438,67	R\$ 2.813,07	R\$ 2.813,07

Por fim, podemos observar o total dos custos per capita em uma outra projeção, que exclui o investimento em mobília das moradias, tendo em vista a possibilidade de recorrer a estes bens de modo alternativo.

CUSTO ANUAL (MANUTENÇÃO DE MORADIA E EQUIPE TÉCNICA)	10 ATENDIMENTOS	50 ATENDIMENTOS	100 ATENDIMENTOS
	R\$ 320.080,00	R\$ 1.225.040,00	R\$ 2.450.080,00
Investimento per capita anual	R\$ 32.008,00	R\$ 24.500,80	R\$ 24.500,80
Investimento per capita mensal	R\$ 2.667,33	R\$ 2.041,73	R\$ 2.041,73

## CAPÍTULO 4 - SUPORTE E INSTRUMENTAIS PARA ACOMPANHAMENTO DE CASOS

**N**este capítulo, intitulado “Suporte e acompanhamento de casos”, serão apresentadas algumas particularidades e desafios para a atenção em Saúde Mental nos projetos Moradia Primeiro (*Housing First*). Aqui, ainda, serão disponibilizadas informações voltadas a guiar o cuidado e o acompanhamento de diferentes moradores em situação de sofrimento mental e/ou em uso prejudicial de álcool, *crack* e outras drogas, de maneira a possibilitar ações integradas, encaminhamentos e gerenciamentos que proporcionem suporte concreto para a construção e fortalecimento da vida domiciliada.

Em sua estrutura o capítulo se dividirá em duas unidades. A primeira construirá conhecimento a partir do delineamento de dois casos fictícios (baseados em histórias reais), procurando aprofundar nuances próprias ao percurso no projeto Moradia Primeiro (*Housing First*). Tal unidade pretende aproximar os leitores, por meio da apresentação dos dois casos, tanto das propostas do Moradia Primeiro, como da vivência de usuários junto ao projeto e de atuações profissionais para o enfrentamento de algumas das problemáticas que podem surgir neste processo.

A segunda unidade, por sua vez, pretende aprofundar conhecimentos sobre diretrizes e estratégias que possibilitem guiar o trabalho da equipe terapêutica, tendo como guia o Projeto Terapêutico Singular, em suas vertentes individual e coletiva. A unidade, ainda, apresentará, teórico-praticamente, o conceito de Acompanhamento Terapêutico procurando estabelecer constructos que deem suporte às atuações em projetos Moradia Primeiro (*Housing First*). Na sequência, pretende-se contribuir para o aprofundamento em estratégias de inclusão social pelo trabalho para o público-alvo atendido pelas equipes de cuidado Moradia Primeiro.

Finalmente, serão apresentados propostas e diretrizes para guiar o trabalho terapêutico em situações problemáticas e que exigem o acompanhamento bastante próximo e instrumentalizado, tais quais episódios de recaída, crises psiquiátricas, dentre outras circunstâncias.

## PRIMEIRA UNIDADE – APROXIMAÇÕES E DELINEAMENTOS INICIAIS DA INTERFACE ENTRE SAÚDE MENTAL E MORADIA PRIMEIRO (HOUSING FIRST)

**N**o percurso durante esta unidade, acompanharemos os casos fictícios (baseados em histórias reais) da Sra. Edite e do Sr. Aroldo. Enquanto estrutura didática, apresentaremos ações ao longo do processo para dar apoio aos moradores, identificando diferentes conceitos e ferramentas e envolvendo, necessariamente, toda rede comunitária de pessoas, serviços e instituições.

**Primeiro, então, vamos conhecer nossos protagonistas**



**SR. AROLDO MARTINELLI**

Representação imagética do Sr. Aroldo

Imagem: Pixabay

Sr. Aroldo se encontra há 15 anos em situação de rua. Após conflitos familiares por conta do uso prejudicial de drogas e com a perda de diferentes empregos, vendo-se sem melhores opções, a vida de Sr. Aroldo acabou conduzindo-o a adotar espaços públicos como local de moradia.

Sr. Aroldo, atualmente com 61 anos de idade, tem ampla experiência em marcenaria, ramo que trabalhou por 25 anos, bem como na produção de artesanatos diversos. Vive com seu cachorro Benjamin no município de Curitiba/PR, onde se estabeleceu há 10 anos. O uso de cocaína e álcool, seu maior desafio, é mais intenso durante o inverno.

Para se alimentar, Aroldo se utiliza de um restaurante popular no centro da cidade, o

qual oferece refeições a baixo custo ou recebe marmitas em alguns dias diretamente na praça, fruto das ações da parceria entre uma associação e uma Igreja da região.



**Sra. EDITE SANTOS FERREIRA**  
Representação imagética da Sra Edite

Imagem: Pixabay

Atualmente com 52 anos de idade, Sra. Edite relata viver em espaços públicos há 10 anos. Nascida em uma pequena cidade do interior do Paraná, Edite relata ter sido diagnosticada com esquizofrenia aos 21 anos de idade, momento que vivenciou um grande sofrimento pela morte de seu pai e por razão de conflitos familiares.

Em sua terceira internação, Sra. Edite informa ter permanecido em um Hospital Psiquiátrico da região, onde viveu por cerca de 10 anos. O hospital, contudo, teve seu fechamento anunciado e, segundo relatos da Sra. Edite, os profissionais tentaram entrar em contato com sua família para buscá-la, sem sucesso.

Em certa ocasião, ainda dentro do hospital, Sra. Edite foi convidada a entrar na van do hospital e foi deixada na porta da casa de seus familiares. Edite relata que os profissionais acionaram a campainha e viram algumas pessoas dentro da casa. Após chamarem, os profissionais deixaram Sra. Edite no portão da casa e voltaram para o hospital.

Sra. Edite, após algum tempo acabou indo embora e foi andando por alguns meses até chegar na cidade de Curitiba, adotando os espaços públicos do município como sua moradia. Uma questão bastante evidente dentre as características da Sra. Edite é a falta de higiene pessoal.

## 4.1. INÍCIO DO ATENDIMENTO E SEUS DESAFIOS

**N**osso exercício será pensar e estruturar as ações do Projeto Moradia Primeiro (*Housing First*) junto às vidas da Sra. Edite e do Sr. Aroldo, agora atendidos pelo projeto. Durante este capítulo, ainda, serão expostos pontos importantes sobre o processo de trabalho próprio ao Moradia Primeiro, no que tange aos cuidados no campo da Saúde Mental. Embora ressaltemos a necessidade de configurações criativas e inaugurais de diferentes processos de trabalho, que produzam respostas mais acertadas e contextualizada às variadas realidades loco regionais brasileiras, sublinhar-se-á algumas estruturas e diretrizes, as quais contribuirão sobremaneira para a construção de protocolos de trabalho que garantam apoio às pessoas atendidas.

### 4.1.1. ACOLHIMENTO E VÍNCULO

**D**ois conceitos muito caros ao campo da Saúde Mental e que proporcionam um guia para as ações e intervenções são os de Acolhimento e Vínculo.

Aos profissionais do Moradia Primeiro (*Housing First*) é condição primordial construir vínculos com os moradores, proporcionando uma gradual e humanizada aproximação entre trabalhadores, pessoas atendidas e demais atores que integram a vida comunitária.

Durante todo o processo de vinculação, muitas informações devem ser coletadas, seja por meio de conversas e vivências com os moradores, seja através de reuniões com vários dos profissionais dos outros serviços que já os conheçam e/ou que venham a conhecê-los. Com o desenvolvimento desta aproximação, é importante que o morador se sinta acolhido e escutado pela equipe de atendimento.

“O acolhimento no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Como diretriz, podemos inscrever o acolhimento como uma tecnologia do encontro, um regime de afetabilidade construído a cada encontro e mediante os encontros, portanto como construção de redes de conversações afirmadoras de relações de potência nos processos de produção de saúde.” (BRASIL, 2006, p.18)



**VEJA O PDF**

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)

Acolher, contudo, não significa somente receber a pessoa com simpatia! Acolher é assumir a empatia e a humanização das ações em sua máxima potência!

Ao acolher, os profissionais vão construindo relações de proximidade e confiança, mas também vão obtendo informações sobre os projetos de vida das pessoas atendidas, projetos únicos e singulares. Tais informações, como veremos durante o capítulo, são a base fundamental para a organização, sistematização e execução das ações e intervenções dos profissionais.

Acolher, assim, significa também configurar e reconfigurar o próprio serviço, perseguindo, diariamente, a busca de respostas para as demandas apresentadas pelos atendidos!

Para conhecer mais sobre o conceito e a prática do acolhimento, aconselhamos as seguintes literaturas:



**VEJA O ARTIGO**

**Acolhimento: uma postura, uma estratégia**

<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13890>



**VEJA O PDF**

**Acolhimento nas Práticas de Saúde**

[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)

**PROCESSO DE TRABALHO**

É importante, em primeiro momento, intensificar espaços de encontro com as pessoas atendidas pelo projeto, procurando estabelecer vínculos e acolher suas diferentes demandas, o que possibilitará, ainda, uma compreensão inicial sobre sua circulação comunitária e sua relação com o território.

## 4.1.2. SUPORTE CONTINUADO E ORGANIZAÇÃO DAS VISITAS: CONSTRUINDO RELAÇÕES E POSSIBILIDADES DE INCLUSÃO

**D**urante a vinculação inicial ao projeto Moradia Primeiro (*Housing First*), tanto a Sra. Edite como o Sr. Aroldo se mostraram bastante incrédulos, afinal, foram anos e anos em situação de rua sem qualquer apoio e, agora, surge essa possibilidade? Sra. Edite e Sr. Aroldo expressam por diversas vezes a frase: “Só acredito quando estiver dentro da casa!”

A construção da confiança no projeto e em seus profissionais, ações e intervenções, passam por apresentar claramente a iniciativa e promover segurança aos atendidos, futuros moradores.

Como demonstrado no capítulo anterior a leitura conjunta do termo de acordo e adesão ao programa é um aspecto fundamental, que deve também ser mediado por uma conversa paciente e detalhada a respeito das possibilidades e limites do programa, os compromissos da equipe, horários e tempo para resposta das demandas que poderão surgir ao longo do tempo.

Neste processo a presença dos profissionais precisa ser cuidadosa e atenta, desenvolvendo ações para garantir a aproximação, construção e fortalecimento do vínculo. É importante entender como se dá o vínculo dos atendidos com a cidade e sua circulação comunitária, elencando locais e analisando possibilidades de moradia.

Dessa maneira, ao vivenciar concretamente o apoio do projeto para a construção de possibilidades de moradia, a relação vai tomando mais corpo, caminhando de uma possível desconfiança à uma relação honesta de parceria e confiança.

Em segundo momento, os dois atendidos, agora moradores, ficaram ainda mais confiantes na equipe e nas propostas do Moradia Primeiro (*Housing First*) e, a partir das visitas dos profissionais e da construção de vínculos cada vez maiores, relataram várias de suas aspirações e projetos para suas vidas.

Durante todo o processo, os profissionais da equipe Moradia Primeiro devem ficar muito atentos às oportunidades de construir vínculos e relações, assumindo o compromisso de levantar dados diversos sobre as pessoas atendidas e seus projetos de vida. Para além, é importante levantar informações sobre o território, o que possibilitará a ampliação de estratégias de intervenção.

## PROCESSO DE TRABALHO

A partir do importante passo para a condição de morador, é imprescindível que a equipe intensifique as visitas domiciliares e as ações territoriais junto aos atendidos pelo projeto. Tal estratégia proporcionará plataforma para a construção de vínculos e de espaços de escuta, aprofundando ainda mais a compreensão da equipe sobre a relação dos atendidos com o território.



Imagem: Pixabay

## SRa. EDITE SANTOS FERREIRA

A partir do vínculo estabelecido com a equipe do projeto, Sra. Edite passou a comentar sobre diferentes situações que vivenciou em sua vida, inclusive no período que estava morando em espaços públicos. Edite refere ter chegado em Curitiba, pois sabia que uma prima muito querida, Alana Santos, que sempre a visitava no hospital psiquiátrico, morava na cidade. Após sua família tê-la abandonado, pensou em procurar a prima, mas nunca conseguiu encontrá-la.

Relembrando ainda sua vida no Hospital Psiquiátrico, local que espera nunca mais voltar, Edite informa ter sofrido violência sexual em sua estadia por um auxiliar de enfermagem. Segundo Edite, várias das internas sofreram o assédio e denunciaram aos outros profissionais, mas foram desacreditadas. O profissional somente foi demitido pelo Hospital depois de muito tempo, quando uma das terapeutas flagrou o ato.

Edite relata para a equipe que também passou por outras situações de violência sexual durante sua trajetória de vida nas ruas e que precisou estar sempre muito suja para tentar afastar potenciais estupradores.

Antes de estar em situação de rua, Edite relata que gostava muito de cozinhar e que tinha grande habilidade, ajudando muitas vezes os cozinheiros do hospital na produção das refeições dos internos. Ao falar sobre a cidade de Curitiba, Edite comentou que gosta muito de passear por uma praça e que sempre fica observando à distância, por um bom tempo, um café que funciona em uma das esquinas. Em suas palavras Edite comenta:

“Adoro ficar por lá, ver o pessoal entrar e sair! Lá é bonito, tem uma cozinha toda de aço inox que dá para ver de fora da loja. Nunca consegui entrar no café. Teve uma vez que estava até com um dinheiro que consegui, mas não tive coragem de entrar. Sonho em um dia poder trabalhar em uma cozinha! Mas acho que não vai dar! Olha essa minha boca, mal tenho dente e os que tenho estão todos feios! Acho que ninguém nunca vai me contratar!”

Em alguns dos dias que ficava olhando o café, Edite costumava encontrar uma senhora de nome Laura, que lhe é muito querida e sempre foi muito simpática. Jogava, por vezes, algumas partidas de dominó com essa amiga em uma das mesas da praça. Isso, conforme suas palavras, quando não estava “confusa por razão de não ter conseguido tomar suas medicações”.

Ainda, Edite refere dificuldades na administração de seus remédios psiquiátricos. Segundo ela, a vida na rua é muito difícil, pois muitas pessoas levam embora seus pertences.

“Umas dez vezes a polícia também levou minhas coisas, inclusive meus remédios! Além disso, às vezes me esqueço de tomar a medicação e acabo piorando bastante quando não tomo. Fico ‘bem louquinha’ (risos). E quando eu fico assim, acabo esquecendo de tomar várias outras vezes e só pioro!”

Relata que passa para pegar o remédio na Unidade Básica de Saúde (UBS), mas que não gosta de ir porque, segundo ela, as pessoas se incomodam com seu cheiro e lhe tratam mal. Refere não frequentar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da região, instituição pública que cuida de pessoas com transtornos mentais.



Imagem: Pixabay

#### SR. AROLDO MARTINELLI

Aroldo, ao se sentir mais próximo da equipe, agradece o cuidado e a atenção para achar uma casa que comportasse o Benjamin, seu cachorro. Relata seu grande vínculo com o animal, segundo ele seu melhor e mais fiel amigo. Conta que não tem nenhuma vontade de retomar a relação com sua família, pois houve muito sofrimento de todas as partes.

Embora comente de maneira afetuosa sobre seu período na produção de peças de madeira e sobre sua vontade de retomar o ofício, Aroldo tem muito receio de se inserir em alguma marcenaria, pois já tentou várias vezes, antes de adotar espaços públicos como moradia, e “não deu certo” (sic).

“Tentei retomar o trabalho várias vezes, mas aí acabava recaindo e não aparecia um ou outro dia. Era batata! Logo em seguida me demitiam! Depois foi ficando mais difícil de arrumar um emprego, fiquei sem endereço, sem telefone, sujo... e não tinha nem como o pessoal das empresas me ligarem ou mandarem mensagens depois das entrevistas”

Ano após ano, Sr. Aroldo acabou desistindo de procurar trabalho na área da marcenaria. Às vezes ele consegue alguns equipamentos e encontra pedaços de madeira na rua, trabalha o material e vende os itens produzidos nos semáforos da cidade.

“Mas é difícil! É como a Sra Edite comentou, o pessoal pega as coisas da gente! Quantas vezes consegui um formãozinho, um martelinho ou uma chave de fenda e me levaram embora! Chega uma hora que você desiste.

Sr. Aroldo também contou que certa vez conseguiu um bom dinheiro com as vendas e tentou entrar em um *Shopping Center* da cidade para comprar um tênis novo. Contudo, mesmo com o dinheiro, foi expulso pelos seguranças, empurrado para fora de forma agressiva e impedido de entrar.

“Eram dois que me empurraram e acabei caindo na calçada. Quebrei o braço e fiquei uns dois meses com gesso. Fico muito receoso de entrar em alguns lugares dessa cidade e sofrer novamente violências como a que vivi nesse dia.”

Aroldo ainda conta que, pelo frio da cidade, seu uso de álcool e cocaína acabam aumentando bastante durante o período de inverno.

Como informou anteriormente, para se alimentar Aroldo se utiliza de um restaurante popular no centro da cidade ou recebe marmitas gratuitamente por meio de uma parceria entre uma associação e uma Igreja da região. Aroldo relata gostar bastante dos voluntários da igreja, em especial do padre Gilberto, lembrando boas épocas de sua vida que frequentava a igreja.

“Era bastante católico antes, daqueles de até frequentar missa, mas agora não mais né? Até tentei ir vez ou outra, mas não fico bem com o pessoal me olhando. Eles sabem da minha situação, né..., mas ainda tenho vontade de retomar minha vida católica.”

Em sua vida nas ruas de Curitiba, Sr. Aroldo relata que conhece todo mundo, mas comenta que não considera ninguém seu amigo.

“Amigo mesmo é o Benjamin (apontando para o cão), o restante é companheiro de rua. Já vivo há 15 anos nas ruas e ainda não consegui fazer um só amigo de verdade. Só encontrei relações difíceis e muitas delas prejudicam mais do que ajudam. Tenho muita vontade de ter amigos de verdade.”

Como lazer, Aroldo sempre apresenta seu histórico com o forró, fala que é um dançarino de primeira, mas há muito tempo não frequenta um “bailão” (sic). Aroldo informa que não frequenta a Unidade de Saúde, nem o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad).

### 4.1.3. FERRAMENTAS PARA LEVANTAMENTO DE DADOS E SISTEMATIZAÇÃO DAS AÇÕES

**E**xistem algumas ferramentas voltadas a sistematizar o levantamento de dados e a execução de várias ações e intervenções no campo da Saúde Mental. Neste módulo, abordaremos de maneira aplicada aos casos de nossos moradores, duas dessas ferramentas: o Ecomapa; e o Quadro de Vulnerabilidades.

O Ecomapa foi criado em 1975 pela professora Dra. Ann Hartman, assistente social da Universidade de *Michigan*. Esta ferramenta auxilia na descrição e análise da rede social de apoio das pessoas atendidas, possibilitando a identificação de relações com pessoas e/ou instituições e serviços comunitários e/ou com atividades diversas.

O Conceito de Rede Social de Apoio envolve as diferentes relações humanas. Ferro (2015) ressalta a importância do conceito para prover suporte subjetivo e objetivo de maneira concreta e cotidiana para a vida humana. Segundo o autor, o conceito de Redes Sociais de Apoio envolve não somente as relações com amigos, parentes, vizinhos, mas também com instituições diversas, sejam públicas ou privadas.

O Ecomapa é composto por figuras de círculos, os quais se conectam demonstrando como se dá a ligação da pessoa (famílias ou até instituições) com os diferentes elementos. Além disso, o Ecomapa possibilita a visualização de linhas de força, conforme representado abaixo. É importante, para a composição do Ecomapa, o estabelecimento de um diálogo próximo com as pessoas (famílias ou instituições) atendidas, as quais poderão, com maior propriedade, expor informações qualitativas sobre as diferentes relações entre os elementos.

Aqui propor-se-á na sequência, após a exposição do Ecomapa dos casos, a utilização desta ferramenta para mapear, qualificar e acompanhar o trabalho desenvolvido pela equipe do projeto Moradia Primeiro (*Housing First*) de maneira a identificar suas relações com diferentes elementos.

Destaca-se alguns dos símbolos que podem ser utilizados para qualificar as relações no Ecomapa.

## ECOMAPA

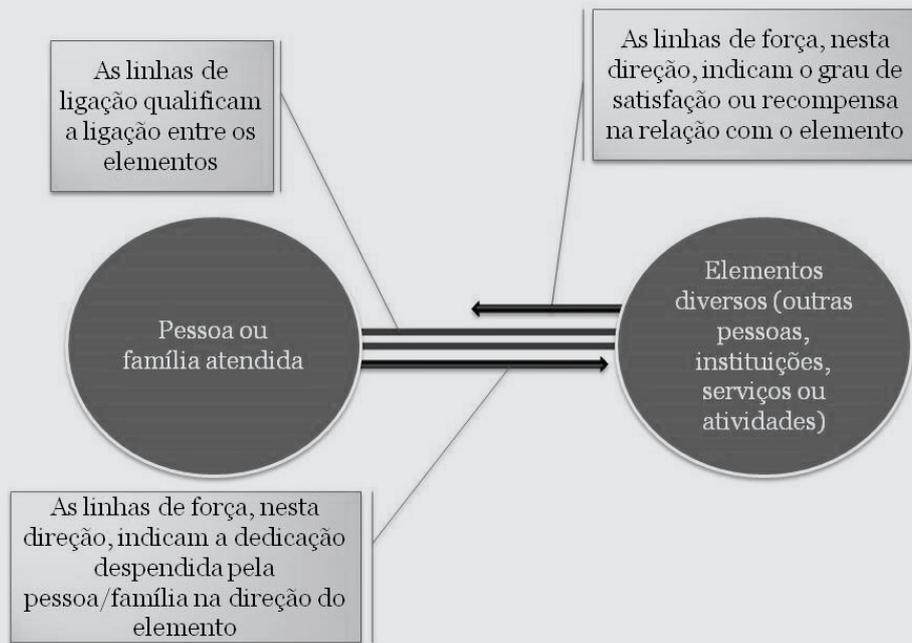


Imagem: Luís Felipe Ferro

## ECOMAPA - SÍMBOLOS

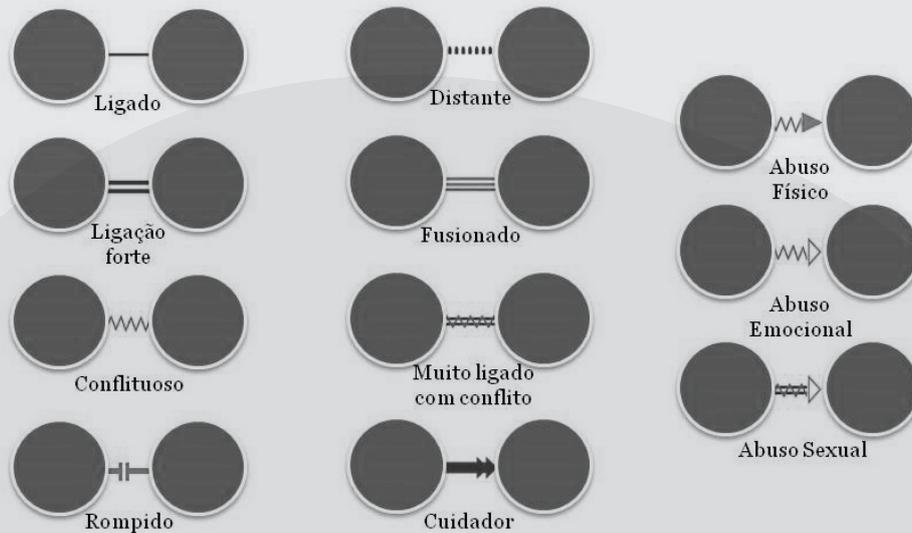


Imagem: Luís Felipe Ferro

Fonte: Ministério da Saúde (2011) e adaptada pelos autores.



VEJA O PDF

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)

Faça seu Ecomapa! Preencha as relações que você tem com pessoas, instituições, serviços e atividades. Veja como alguns elementos estão próximos de você e outros atualmente bastante distantes. Lembre dos elementos que você tem/tinha mais afeto e a falta que eles fazem em sua vida!

O Quadro de Vulnerabilidades, por sua vez, permite aos profissionais tornarem visíveis vários dos dados sobre as pessoas atendidas, possibilitando rápido vislumbre das informações e a organização estratégias e possibilidades de ações. O Quadro de Vulnerabilidades expõe de maneira facilitada os fatores de risco e de proteção dos casos atendidos, sejam individuais ou coletivos.

Embora sua concepção estrutural seja bastante simples, o Quadro de Vulnerabilidades, com suas duas colunas “Fatores de Risco” e “Fatores de Proteção”, possibilita apresentar de maneira bastante instrumental dados sobre os casos, guiando a equipe técnica para elaborar de maneira necessariamente compartilhada com os moradores, intervenções que promovam o apoio e cuidado comunitário e que viabilizem seus projetos de vida.

Em nossos casos, Sra Edite e o Sr. Aroldo relataram situações diversas e desejos próprios à sua história de vida e à sua singularidade. Com base nas informações, as quais diariamente e processualmente, a partir da convivência e vínculo, vão se somando, os profissionais do projeto desenvolveram os seguintes Ecomapas e Quadro de Vulnerabilidades, próprios aos moradores.

Para conhecer mais informações sobre as ferramentas do Ecomapa e Quadro de Vulnerabilidades, assim como outras ferramentas que compõem o Projeto Terapêutico Singular, aconselhamos as seguintes leituras:



**VEJA O PDF**

**Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)



**VEJA O PDF**

**Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)



**VEJA O PDF**

**Projeto Terapêutico Singular**

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1089/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>



**ACESSE O SITE**

**O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**

<http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/312027>

**ECOMAPA - SENHORA EDITE SANTOS FERREIRA**

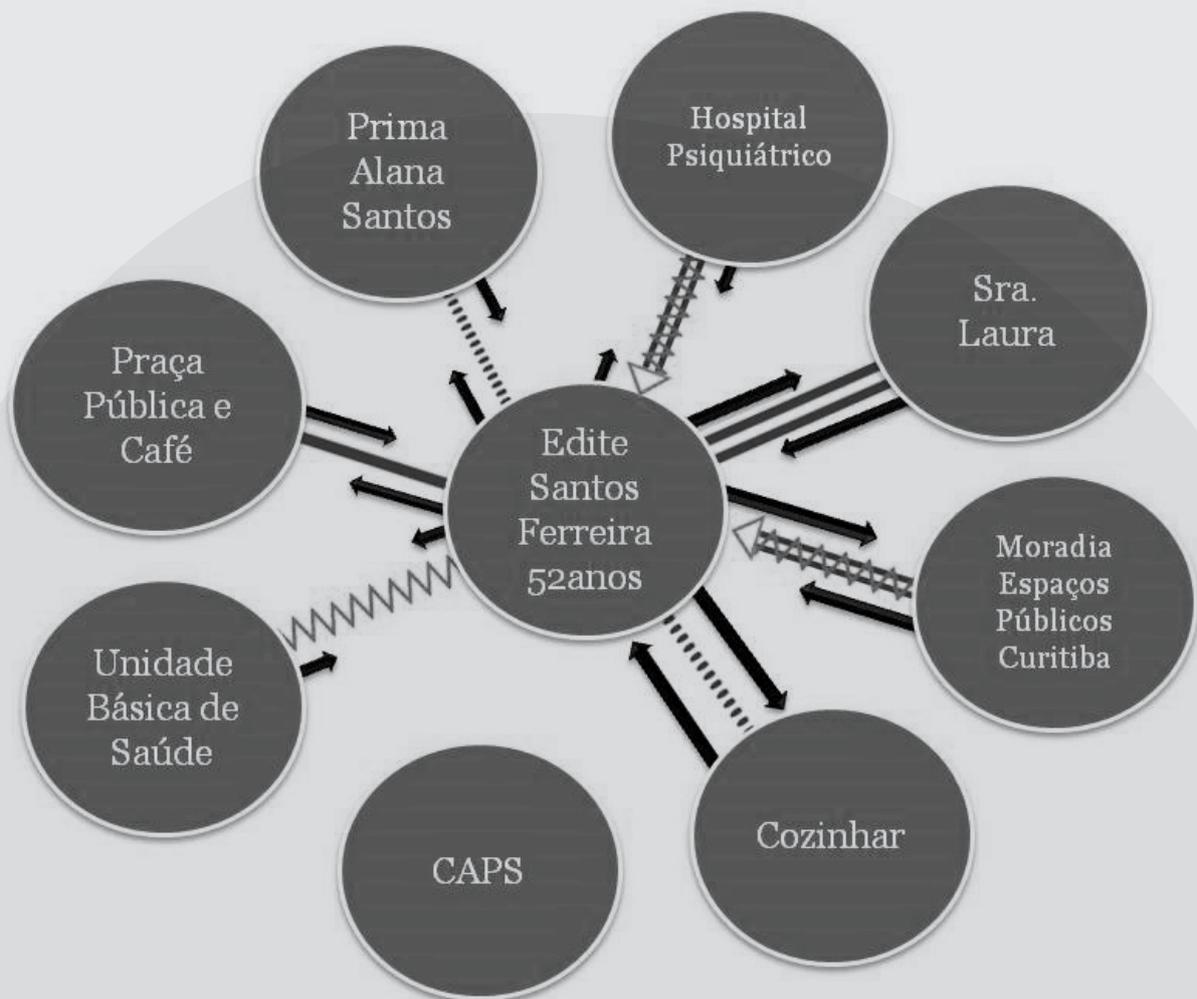


Imagem: Luís Felipe Ferro

1. **Prima Alana Santos:** Edite relata distância da prima, mas que ainda tem muita vontade de encontrá-la.
2. **Hospital Psiquiátrico:** Embora distante, a vivência de dez anos no hospital deixou marcas muito profundas e difíceis na vida da Sra. Edite;
3. **Sra. Laura:** Edite relata gostar muito da Sra. Laura e que quando se veem isso lhe faz muito bem. Sempre que pode procurar encontrar Sra. Laura e jogar algumas partidas de dominó.
4. **Moradia Espaços Públicos Curitiba:** Edite relata que, embora tenha vivido várias situações difíceis de agressão sexual nas ruas da cidade, roubo de propriedades etc. investe bastante e sente retorno. Informa que essas coisas vão ter em qualquer cidade, mas que pelo menos aqui ela já conhece.
5. **Cozinhar:** Edite fala sempre com muito carinho desta atividade e procura retomá-la de várias formas. Comenta que uma das maiores felicidades que já vive, ao entrar no projeto, é ter seu próprio fogão e poder cozinhar novamente.
6. **CAPS:** Edite ainda não tem nenhuma relação com o Centro de Atenção Psicossocial, espaço público que provê atendimento a pessoas com transtornos mentais.
7. **Unidade Básica de Saúde:** Edite relata não gostar de ir até a Unidade Básica. Fala que muitas vezes as pessoas do “postinho”, até seus profissionais, a trataram mal.
8. **Praça Pública e Café:** Edite gosta bastante de passear pela praça, um dos poucos lugares que consegue entrar sem problemas por ser aberta. Fala com muito carinho do café e sempre admira sua cozinha. Relata que seria muito bom, um dia, poder entrar!

### SRA. EDITE SANTOS FERREIRA

QUADRO DE VULNERABILIDADES	
FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Condições comprometidas de higiene pessoal</li> <li>2. Dentes bastante comprometidos</li> <li>3. Marcas intensas do período que viveu no Hospital Psiquiátrico</li> <li>4. Marcas intensas das vivências de assédios sexuais vivenciados nas ruas de Curitiba</li> <li>5. Desorganização na administração da medicação</li> <li>6. Quadros de delírio e crises psiquiátricas</li> <li>7. Roubos e apreensões de seus pertences</li> <li>8. Relação conflituosa com Unidade Básica de Saúde</li> <li>9. Relação inexistente com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Município conta com projeto <b>Moradia Primeiro</b></li> <li>2. Conhecimento da atividade da culinária, inclusive com experiência em cozinhas industriais</li> <li>3. Vontade de exercer vida laboral a partir da atividade de cozinha</li> <li>4. Relação familiar afetuosa, mas distante, com Alana Santos, sua prima, moradora de Curitiba</li> <li>5. Boa relação de amizade com Sra. Laura</li> <li>6. Estabelecimento de vínculo com praça pública e café</li> </ol>

Imagem: Luís Felipe Ferro

## ECOMAPA - SENHOR AROLDO MARTINELLI

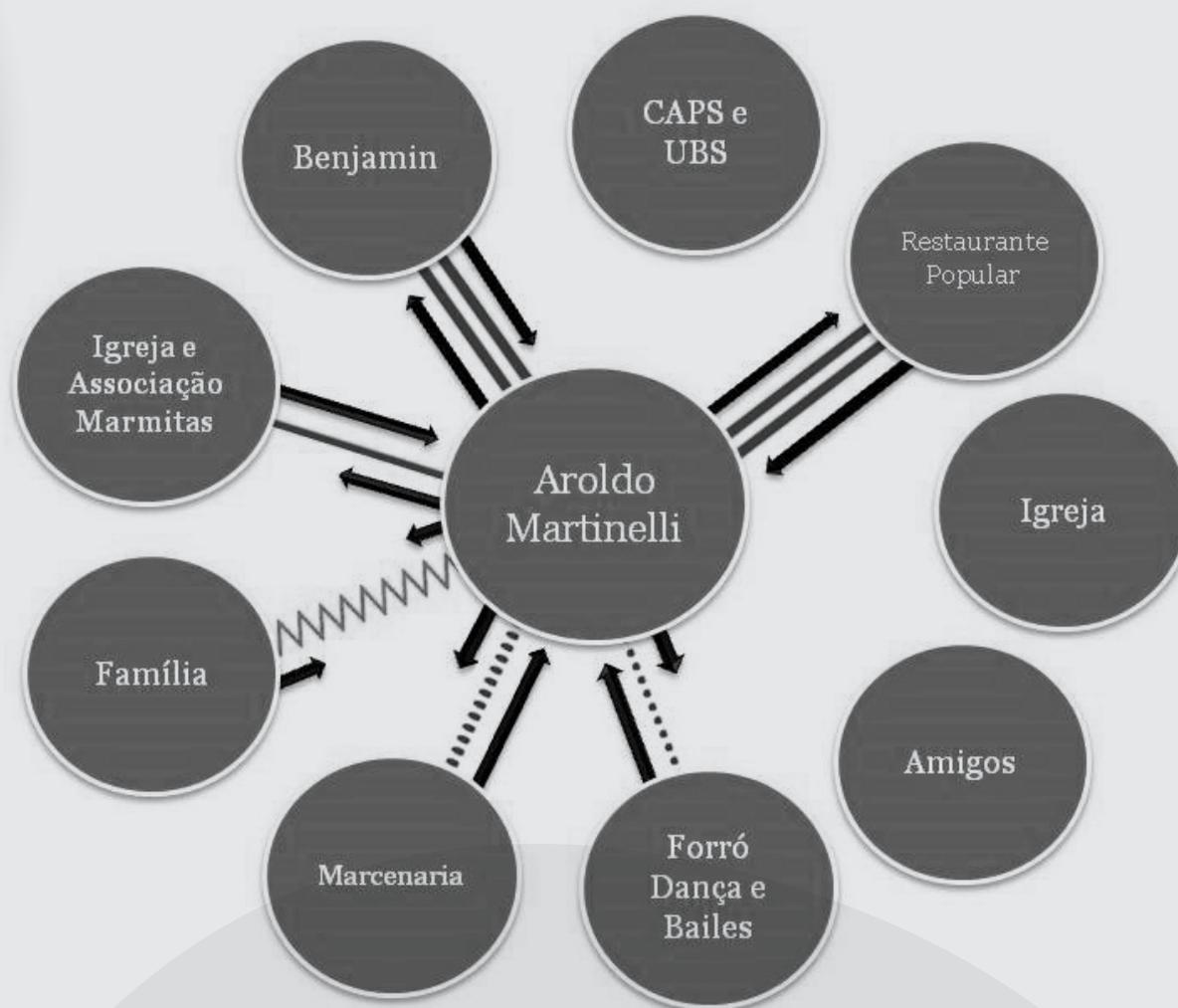


Imagem: Luís Felipe Ferro

1. **Benjamin:** Aroldo afirma constantemente que Benjamin é sua família, único amigo e companheiro de jornada. Relata ter um afeto muito grande pelo animal.
2. **CAPS e UBS:** Sr. Aroldo não tem relações com estes espaços públicos de saúde
3. **Restaurante popular:** Local bastante frequentado por Sr. Aroldo, que sempre fala sobre os baixos preços da comida e seu bom tempero.
4. **Igreja:** Embora distante há muito tempo da Igreja Católica, Sr. Aroldo expressa sua vontade de retomar sua vida religiosa.
5. **Amigos:** Sr. Aroldo fala que não possui nenhum amigo no momento, mas tem bastante vontade de construir amizades sólidas.
6. **Forró, Dança e Bailes:** No que se trata de lazer, Aroldo fala sempre com saudades da época que frequentava o baile e dançava longas noites no forró. Tem muita vontade de retomar essa parte de sua vida.
7. **Marcenaria:** Atividade importante na vida de Sr. Aroldo. Tem muita vontade de voltar a exercer essa atividade laboral.
8. **Família:** Aroldo deixa bastante expresso que não tem vontade de retomar sua história com a família. Segundo ele, foram muitas feridas de todos os lados.
9. **Igreja e Associação - Marmitas:** Aroldo sempre fala da qualidade das marmitas

distribuídas gratuitamente pela parceria entre Igreja e Associação e deixa claro seu apreço pelos voluntários.

### SR. AROLDO MARTINELLI

QUADRO DE VULNERABILIDADES	
FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relação inexistente com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)</li> <li>2. Receio de retomar a vida laboral na marcenaria e, novamente, não dar certo</li> <li>3. Roubos e apreensões de seus pertences</li> <li>4. Uso de álcool e cocaína aumenta por conta do frio vivenciado nos invernos da cidade de Curitiba</li> <li>5. Receio de entrar em espaços de circulação comunitária, como shoppings centers por medo de vivenciar novas agressões físicas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Município conta com projeto <b>Moradia Primeiro</b></li> <li>2. Relação próxima com seu cachorro Benjamin</li> <li>3. Conhecimento da atividade de marcenaria</li> <li>4. Vontade de retomar vida laboral a partir da atividade de marcenaria</li> <li>5. Apoio para alimentação do restaurante popular e das marmitas oferecidas pela Associação e Igreja</li> <li>6. Boa relação com voluntários da associação e Igreja</li> </ol>

Imagem: Luís Felipe Ferro

Para além da contribuição do Ecomapa para o registro das redes sociais de apoio de pessoas e famílias, acompanhando sua relação com vários elementos (outras pessoas, instituições e serviços comunitários, atividades etc.), esta ferramenta pode auxiliar sobremaneira a análise das relações territoriais de diferentes instituições. Tomando como base o início das atividades do projeto Moradia Primeiro (*Housing First*) em um determinado município, anulando, a título didático, toda a possível relação prévia de seus trabalhadores com uma rede de serviços territoriais, teríamos, então, a incipiência do seguinte Ecomapa da equipe, acusando a total falta de relacionamentos com outros elementos:

### ECOMAPA - MORADIA PRIMEIRO



Imagem: Luís Felipe Ferro

O Ecomapa, como ferramenta de caráter processual, permite acompanhar o desenvolvimento das ações e suas repercussões, afirmando, ainda, sua contribuição para avaliar as ações despendidas pela equipe, conforme veremos adiante.

### **PROCESSO DE TRABALHO**

Ressalta-se a importância da produção das ferramentas Ecomapa e Quadro de vulnerabilidade, tanto dos atendidos como da equipe, o que possibilitará o vislumbre sistemático das demandas dos casos e da equipe, assim como a elaboração de objetivos mais consistentes.

## 4.1.4. LEVANTAMENTO DE LEGISLAÇÕES E DIREITOS DOS MORADORES

**A**ntes de elaborar objetivos terapêuticos, é importante que os profissionais organizem esforços para levantar e analisar os direitos dos moradores e as possibilidades de acesso à benefícios diversos, os quais podem dar maior suporte a seus processos de inclusão social.

Neste sentido, uma das informações importantes relatadas pela Sra. Edite é sua situação de moradia por 10 anos ininterruptos em um Hospital Psiquiátrico, a qual, no sentido que aqui abordaremos, pode ser situada como um de seus fatores de proteção, em seu Quadro de Vulnerabilidades.

A lei 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtorno mental, redirecionando o modelo assistencial em Saúde Mental. Esta lei assume o compromisso público em promover a inclusão social de pessoas internadas há longo tempo em instituições psiquiátricas, prevendo políticas específicas de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

Diferentes leis e portarias, neste sentido, foram sendo compostas de maneira a normatizar o investimento público para garantir apoio concreto à inclusão social de pessoas em sofrimento mental, antes asiladas em Hospitais Psiquiátricos. Duas delas, a lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, e a portaria nº 2077/GM, de 31 de outubro de 2003, foram elaboradas para regulamentar o Programa “De Volta para Casa”.

Entre outras ações, o Programa prevê o Auxílio Reabilitação Psicossocial, um apoio financeiro atualmente no valor de R\$ 412,00 para apoiar o retorno para a vida comunitária de pessoas em sofrimento mental, asiladas por período igual ou superior a dois anos ininterruptos em instituições psiquiátricas.

Conheça mais o Programa de Volta para Casa e o Auxílio Reabilitação Psicossocial



**Lei nº 10.216/01**

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)



**Lei nº 10.708/03**

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm)



**Portaria nº 2077/03**

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077\\_31\\_10\\_2003.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt2077_31_10_2003.html)



**MANUAL DO PROGRAMA DE VOLTA PARA CASA**

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_PVC.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_PVC.pdf)



**Conheça José Alves: beneficiário do Programa “De Volta para Casa”**

<https://www.youtube.com/watch?v=gN37gwALY3M>

Como exemplo, ainda, podemos citar o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e seu funcionamento. O BPC é previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e tem valor de um salário-mínimo por mês, destinado “ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos ou à pessoa com deficiência de qualquer idade. No caso da pessoa com deficiência, esta condição tem de ser capaz de lhe causar impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo (com efeitos por pelo menos 2 anos), que a impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. (...) Para ter direito ao BPC, é necessário que a renda por pessoa do grupo familiar seja renda inferior (ou menor) a 1/4 do salário-mínimo” (MINISTÉRIO DA CIDADANIA, 2021).



<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais-1/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>



**Clique aqui e conheça maiores detalhes do Benefício de Prestação Continuada (BPC)**

<https://www.gov.br/cidadania/pt-br/acoes-e-programas/assistencia-social/beneficios-assistenciais-1/beneficio-assistencial-ao-idoso-e-a-pessoa-com-deficiencia-bpc>



**Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)**

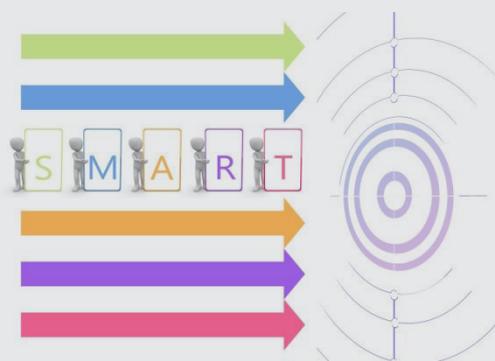
<https://www.youtube.com/watch?v=jGl8XdjP4hE>

O levantamento sistemático de diferentes legislações e normativas pela equipe Moradia Primeiro, desta forma, torna-se fundamental para instrumentalizar a elaboração de estratégias e de um Projeto Terapêutico Singular voltado a construir a vida domiciliada das pessoas atendidas. Cabe, agora, discutir como configurar e pensar de maneira bastante pragmática tais estratégias.

## **PROCESSO DE TRABALHO**

Levantar direitos dos moradores, assim como legislações e normativas que possam dar suporte ao seu processo de inclusão social, considerando diferentes especificidades de sua história de vida, idade, quadro clínico, situação de deficiência etc.

### 4.1.5. Objetivos da equipe, a elaboração e a execução de ações terapêuticas: objetivos smart



**E**ste é um dos momentos mais desafiadores e importantes para a equipe Moradia Primeiro, a definição dos objetivos que guiarão suas intervenções. Embora ressaltemos aqui o caráter processual das ações terapêuticas, é importante que a equipe elabore objetivos claros e exequíveis.

Um importante guia para a elaboração dos objetivos é sempre alicerçá-los sobre a plataforma SMART. A palavra, que em sua tradução para o português significa “inteligente”, neste contexto congrega as iniciais de algumas outras palavras, conforme apresentado abaixo.

S	SPECIFIC / ESPECÍFICO
M	MEASURABLE / MENSURÁVEL
A	ACHIEVABLE / ALCANÇÁVEL
R	REALISTIC / REALISTA
T	TIMELY / TEMPORIZÁVEL

Imagem: Pixabay

Dessa forma, é imprescindível que cada um dos objetivos estabelecidos pela equipe possua as características acima descritas. Os objetivos devem ser específicos, focados nas necessidades identificadas e pactuadas com os moradores. A equipe deve pensar como os resultados advindos das ações serão mensurados, quantitativa e/ou qualitativamente.

A ação a ser executada deve ser alcançável, realista e prever o tempo adequado para que sejam alcançados os efeitos/transformações pretendidas.

Para operacionalizar os objetivos elaborados de maneira parceira entre equipe e moradores, é importante a organização de reuniões periódicas a partir das quais os profissionais possam discutir colaborativamente as ações, dividindo-se estrategicamente para sua execução e analisando suas repercussões.

## 4.1.6. CONEXÃO COM O TERRITÓRIO: REDE DE POLÍTICAS PÚBLICAS E DEMAIS INSTITUIÇÕES E SERVIÇOS COMUNITÁRIOS

Conforme as relações com os moradores vão se aprofundando, informações de diversas ordens passam a se tornar visíveis aos profissionais da equipe, impondo cada vez uma maior articulação, diálogo e propriedade dos diferentes serviços e espaços comunitários, públicos ou privados. O processo de elaborar estratégias terapêuticas para os casos atendidos passa necessariamente por explorar o território no qual o projeto Moradia Primeiro (*Housing First*) se insere, suas potencialidades e limitações.

Neste sentido, daremos um passo ao lado neste momento para apresentar, de maneira aplicada aos casos da Sra. Edite e Sr. Aroldo, a importância do levantamento de variadas instituições e serviços comunitários para a elaboração dos objetivos terapêuticos.

Ao conversar com os moradores, percebeu-se um distanciamento da Sra. Edite e do Sr. Aroldo dos serviços de saúde, foco dado aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). Um dos objetivos, elaborados conjuntamente, dessa forma, passou a ser a vinculação dos usuários a estas instituições públicas.



CONHEÇA MAIS SOBRE OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

<https://www.youtube.com/watch?v=RiqyEKI2LYw>

Os trabalhadores do projeto, ao entrarem em contato com a Unidade Básica de Saúde (UBS) da região, perceberam que o equipamento dispõe de um dentista, o qual pode auxiliar sobremaneira as demandas de saúde da Sra. Edite. Ainda, foi constatado na visita um projeto parceiro entre CAPS e UBS para auxiliar pessoas em sofrimento mental da região na administração da medicação.

O projeto, chamado “CAPS e UBS junto com você para a Gestão Autônoma da

Medicação”, propõe intervenções singulares, segundo as necessidades de cada caso, e pode contar com as seguintes ações: visitas domiciliares; elaboração de estratégias para garantir e acompanhar a administração adequada da medicação; grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM), realizados tanto no CAPS como na UBS, os quais discutem estratégias diversas de administração da medicação e os efeitos da medicação psiquiátrica; administração assistida da medicação, a partir da qual os profissionais da UBS aplicam diretamente a medicação aos usuários no espaço da UBS e, caso a pessoa não apareça, são realizadas visitas domiciliares para aplicação em sua casa.



**Conheça as propostas da Gestão Autônoma da Medicação - GAM**

[https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia\\_gam\\_moderador\\_-\\_versao\\_para\\_download\\_julho\\_2014.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf)



**“Eu sou uma pessoa não uma doença” – O Guia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM)**

<https://www.youtube.com/watch?v=BXyYa72AW9s>

Ao levantar dados sobre o território e seus serviços os profissionais encontraram, a quatro quadras da casa de Sr. Aroldo, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), focado no acompanhamento e cuidado de pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas. O CAPSad possui um grupo de prevenção de recaídas, o qual Sr. Aroldo acredita poder lhe auxiliar.



**Conheça mais sobre os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad)**

<https://www.youtube.com/watch?v=x1zWKKZPB6Y>

Certa vez, durante uma visita da equipe, Edite comentou sobre um espaço que

sempre teve curiosidade de conhecer, o Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), que se localiza em um parque público perto da casa da moradora.

“Nunca soube muito bem o que é! Às vezes passava por este parque e via muitas pessoas felizes e fazendo algumas atividades. Certa vez até mesmo senti um cheiro tão gostoso vindo de lá e vi as pessoas saindo com algumas comidas para fazer um picnic no parque. Fiquei sempre muito curiosa para saber o que é esse tal de CECCO, mas nunca fui até lá, sabe, estava sempre muito suja e fiquei com medo de ser maltratada”.



**Centros de Convivência: A delicada arte de produzir encontros**

<https://www.youtube.com/watch?v=5-CwnhrCF0I&t=73s>



**Centros de Convivência e Cultura - Saúde Mental e Democracia**

<https://www.youtube.com/watch?v=J3655Gh9WXs&t=74s>



**LIVE Centros de convivência e fortalecimento de vínculos sociais**

<https://www.youtube.com/watch?v=CmVqAYkSvkl>



**Conheça mais sobre os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOS) e algumas das experiências brasileiras**

<https://www.youtube.com/watch?v=MA8wCmvjuA>

Para saber mais sobre os Centros de Convivência, acesse as obras abaixo:



**Centros de Convivência e Cultura: Possibilidades de construção de subjetividades, cidadania e suporte comunitário a crianças e adolescentes.**

<https://pucpress.pucpr.br/index.php/pucpress/catalog/view/230/297/1274-1>



**Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e redes**

<https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/98240>



**Os Centros de Convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias**

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/69137/41555/241524>

Enquanto estratégia, os profissionais se organizaram para visitar e conhecer o serviço. Em sua recepção, os trabalhadores do CECCO informaram que este é um dos diferentes equipamentos públicos vinculados ao campo da Saúde Mental e que atende a população de maneira geral, não somente pessoas com transtornos mentais diagnosticados.

Segundo eles, a proposta do serviço é promover encontros comunitários por meio de ações e oficinas de atividades diversas, como rodas de capoeira, atividades teatrais e musicais, cursos de artesanato, de dança de salão e de culinária etc., ampliando a saúde mental e qualidade de vida da população. Comentam que o curso de dança de salão costuma organizar saídas para bailes da região para treino da atividade e para ampliar a vinculação dos participantes com a comunidade.

O CECCO ainda organiza um grupo de convivência, voltado a fortalecer vínculos comunitários entre moradores do bairro, promovendo visitas a vários espaços culturais e atrações turísticas da região. Relatam também que existem ações do CECCO para fortalecer a inclusão social de pessoas que precisam gerar trabalho e renda, apresentando aos profissionais Moradia Primeiro uma loja que vende

diferentes dos produtos fabricados nas oficinas, localizada também no espaço do parque.

Os profissionais do CECCO, encantados com a proposta do projeto Moradia Primeiro (*Housing First*), comprometem-se a receber os moradores, caso tenham vontade de participar das atividades. Ao sair, os profissionais comentam sobre uma parceria que vem se estabelecendo com a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de Curitiba e Região Metropolitana (LIBERSOL), que atualmente está equipando uma cozinha industrial e montando um café integrado com uma loja. A proposta do espaço será possibilitar a comercialização dos produtos produzidos pelas diferentes iniciativas de geração de trabalho renda dos CECCOs e dos CAPS da região, as quais incluem pessoas em sofrimento mental.



**Feira LIBERSOL - Julho 2019 - Reportagem TVUFPR**

<https://www.youtube.com/watch?v=XH-CzPHDq5M>



**Economia Solidária como alternativa para a inclusão social e geração de trabalho e renda**

<https://www.youtube.com/watch?v=0nOMFpcStVE>

Conheça mais sobre as possibilidades de configurações de grupos de geração de trabalho renda com base na Economia Solidária e sobre a montagem de Redes de Saúde Mental e Economia Solidária, as quais congregam diferentes pessoas e instituições voltadas a fortalecer a inclusão social pelo trabalho. Sugerimos a leitura dos materiais abaixo:

FERRO, L. F.; PINTO, L. M.; BURNAGUI, J. G. Economia solidária e saúde mental: reflexões e subsídios para a prática profissional. In: CREMASCO, M.V.F.; MENZ, D.M. (org). Formação em políticas sobre drogas. Curitiba: Editora UFPR, 2019. p. 283–306.



**Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho**

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1219.pdf>



**Redes de economia solidária: estratégias para a captação de recursos**

<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/reu/article/view/3943>



**Economia Solidária, Saúde Mental e a prática do terapeuta ocupacional: relatos de participantes de um grupo de geração de trabalho e renda**

<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/648>

Os profissionais do CECCO relatam até mesmo que o CAPSad da região assessora um grupo de marcenaria, chamado “*Brothers Madeira*”, mostrando um de seus produtos.

Ao retomar o contato com o CAPSad, os profissionais confirmam a existência do grupo *Brothers Madeira* que atualmente conta com dez trabalhadores.

O Sr. Aroldo relata também que teve grande apoio de profissionais da saúde que ficam em uma van nas praças públicas. Em sua experiência, os profissionais o ajudaram em diferentes momentos, cuidando de algumas feridas que tinha no corpo, dores de dente e mesmo fornecendo certos remédios. Em momentos de uso intenso, os profissionais também o atenderam, realizaram diferentes encaminhamentos e lhe entregaram *Kits* para evitar complicações e doenças advindas do uso das drogas. Algumas vezes, segundo ele, os profissionais promoviam rodas de viola e levavam caixas de som, procurando proporcionar bons momentos e ampliar a qualidade de vida das pessoas em situação de rua.

“O *Kit* que eles davam tinha algumas agulhas para quem usava drogas injetáveis, preservativos, um cachimbo e piteira de silicone e um protetor labial. Tinha alguns materiais informativos também e nessa época de pandemia tinha até álcool gel e sabonete líquido. Lembro que eles falavam bastante para a gente não compartilhar seringas porque aí a gente podia pegar um monte de doenças, hepatite, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) etc. Antes, também, o pessoal todo fazia cachimbo com latinha e os profissionais da van falaram que aquilo ia destruindo seu cérebro com o tempo. Mas eu gostava mesmo é quando eles levavam a caixa de som! Mas como eu dançava um forró naquela praça!”

A experiência relatada por Sr. Aroldo é referente aos Consultórios na Rua, um dos pontos de atenção da atual Política Nacional de Atenção Básica. Os Consultórios na Rua possuem equipe multiprofissional que se utiliza de estratégias diversificadas, inclusive *in loco*, para proporcionar cuidado em saúde para pessoas em situação de rua.



Conheça mais sobre os Consultórios na Rua  
[https://www.youtube.com/watch?v=X\\_m5vZRTexk](https://www.youtube.com/watch?v=X_m5vZRTexk)



Consultório na Rua: estratégias e possibilidades de atenção para população em situação de rua  
<https://www.youtube.com/watch?v=maZsfCqxKDO>

Procurando proporcionar ferramentas para dar suporte ao levantamento de dados do território, sugere-se a utilização da planilha abaixo, a qual proporciona a sistematização de informações dos diferentes serviços e instituições, auxiliando a equipe para um mapeamento, e consequente acionamento mais efetivo destes pontos. É importante resgatar a importância da criatividade da equipe para a (re)composição das ferramentas, possibilitando adequá-las para responder com maior especificidade às demandas do projeto Moradia Primeiro (*Housing First*) e ao perfil de seus diferentes profissionais.

Instituição/ Serviço	Endereço	Telefone	Email / site	Profissional de contato	Atividades realizadas	Profissional de Referência <i>Moradia Primeiro</i>	Contribuições para os moradores
Nome da instituição	Endereço da instituição	Telefone da instituição	Email / site da instituição	Profissional da instituição com maior vínculo com a equipe <i>Moradia Primeiro</i>	Atividades realizadas pelo serviço	Profissional da equipe <i>Moradia Primeiro</i> de referência para o contato com a instituição	O que a instituição oferece que pode auxiliar os moradores

## PROCESSO DE TRABALHO

Mapear no território instituições e serviços, público ou privados, que se relacionem com as demandas e/ou projetos de vida dos moradores, possibilitando a elaboração de ações terapêuticas que possam fortalecer sua vida domiciliar e comunitária.

A partir da experiência de exploração do território, seus serviços e suas diferentes instituições, fica cada vez mais claro aos profissionais da equipe Moradia Primeiro (*Housing First*) a importância deste levantamento. A equipe, em posse de vários dados, fica segura em estabelecer, de maneira parceira com os moradores, diferentes dos objetivos terapêuticos, pactuando as ações para alcançá-los.

### **SAIBA MAIS**

Para conhecer mais sobre o tema do trabalho em rede, aprofundando sobre algumas de suas estratégias, potencialidades e desafios, sugerimos a leitura do capítulo abaixo:

FERRO, L. F.; BURNAGUI, J. G. Trabalho em rede e saúde mental: estrutura e possibilidades. In: CREMASCO, M.V.F.; MENZ, D.M. (org). Formação em políticas sobre drogas. Curitiba: Editora UFPR, 2019. p. 101-128.

## 4.1.7. ELABORAÇÃO DE OBJETIVOS DA EQUIPE

Conforme exposto acima, este é um dos momentos mais desafiadores para as equipes Moradia Primeiro: a definição clara de objetivos e das ações para alcançá-los.

Pensemos juntos alguns objetivos para nossos protagonistas, Sra. Edite e Sr. Aroldo. Aconselhamos o preenchimento da tabela abaixo apresentada, a qual, para além de congregar os objetivos, possibilitará a organização da equipe de maneira bastante operacional.

Sublinhamos a importância da composição cuidadosa e da análise das ferramentas do Ecomapa e Quadro de Vulnerabilidades dos casos atendidos, assim como do estudo sobre os direitos envolvidos no caso e das potências do território para a elaboração, compartilhada com os moradores, dos objetivos e ações.



## Sra. EDITE SANTOS FERREIRA

### Plano de ação estudo de caso Sra. Edite (caso fictício)

Autoria: Luís Felipe Ferro

OBJETIVO SMART	AÇÃO	PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA <i>MORADIA PRIMEIRO</i>	PRAZO
1- Melhorar a higiene pessoal de Edite até junho de 2021, proporcionando apoio e segurança para a moradora no processo	i) Trabalhar cotidianamente com Sra. Edite sua higienização corporal	Edite e Profissional 1	Junho de 2021
	ii) Acompanhar a moradora em passeios pela cidade, procurando confortá-la e demonstrar sua atual segurança	Profissional 1	Junho de 2021
2- Garantir cuidado bucal de Edite na UBS até junho de 2021	i) Marcar junto com a moradora um horário na UBS para atendimento com dentista	Edite e Profissional 2	20/06/21
	ii) Acompanhar inicialmente a moradora na visita à UBS, proporcionando conforto e segurança à experiência	Profissional 2	Até 30/06/21
3- Vincular Edite ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) até junho de 2021	i) Entrar em contato e marcar acolhimento no CAPS junto com moradora	Edite e Profissional 1	20/06/21
	ii) Acompanhar inicialmente Sra. Edite para o atendimento no CAPS, garantindo conforto e segurança à experiência	Profissional 1	Até 30/06/21
4- Inserir Edite nas ações do Projeto "CAPS e UBS junto com você para a Gestão Autônoma da Medicação"	i) Apresentar na visita inicial ao CAPS a dificuldade a respeito da administração da medicação psiquiátrica	Edite e Profissional 1	Até 30/06/21
	ii) Acompanhar inicialmente Edite, se necessário, nas ações do projeto, procurando vinculá-la à iniciativa	Profissional 1	Junho e Julho/21
5- Conquistar o auxílio reabilitação psicossocial para a moradora até dezembro de 2021	i) Levantar dados sobre a internação da Sra. Edite no Hospital Psiquiátrico, de maneira a atestar sua condição de moradia por mais de dois anos ininterruptos	Profissional 1	20/06/21
	ii) Conversar com profissional do CAPS, mobilizando o encaminhamento da solicitação do auxílio reabilitação psicossocial (Programa de Volta para Casa)	Edite e Profissional 1	Até 30/06/21
	iii) Acompanhar o processo, acessando, se necessário, a Defensoria Pública para garantir o direito da moradora	Profissional 1	Contínuo
6- Passear na praça junto com Edite e entrar no café até julho de 2021, convidando Laura para visitar nova residência	i) Após conquista do conforto com a higiene corporal, acompanhar Edite no passeio no parque, entrar no café e tomar um lanche e, caso encontrar Laura, convidar para uma visita na nova residência	Profissional 1	Até julho de 2021
7- Inserir Edite no curso de culinária do CECCO da região até julho de 2021	i) Inscrever e acompanhar inicialmente Edite no grupo de culinária do CECCO	Edite e Profissional 2	Até julho de 2021
8- Inserir Edite no café LIBERSOL, para trabalhar na cozinha industrial, após curso de capacitação, até agosto de 2021	i) Conhecer a cozinha LIBERSOL e articular ingresso de Edite	Profissional 2 e Edite	Junho de 2021
	ii) Realizar curso de culinária	Edite	Junho e julho de 2021
	iii) Iniciar participação no grupo de geração de trabalho e renda da LIBERSOL – cozinha industrial	Edite	Agosto de 2021
9- Encontrar prima Alana e promover encontro e resgate da vinculação familiar até agosto de 2021	i) Encontrar o endereço e contatos da prima Alana	Profissional 1	Junho de 2021
	ii) Entrar em contato com Alana	Edite	Junho de 2021
	iii) Marcar, caso haja disponibilidade, um encontro na casa de Edite ou da Alana até agosto de 2021	Edite	Até agosto de 2021



**SR. AROLDO MARTINELLI**

**Plano de ação estudo de caso Sr. Aroldo (caso fictício)**

Autoria: Luís Felipe Ferro

OBJETIVO SMART	AÇÃO	PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA <i>MORADIA PRIMEIRO</i>	PRAZO
1- Vincular Aroldo ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) até junho de 2021	i) Entrar em contato e marcar acolhimento no CAPS junto com o morador	Aroldo e Profissional 1	20/06/21
	ii) Acompanhar inicialmente Sr. Aroldo para o atendimento no CAPS, garantindo conforto e segurança à experiência	Profissional 1	Até 30/06/21
2- Inserir Aroldo no curso de marcenaria do CECCO da região até julho de 2021	i) Inscrever e acompanhar inicialmente Aroldo no curso de marcenaria do CECCO	Aroldo e Profissional 2	Até julho de 2021
3- Inserir Aroldo no curso de dança de salão do CECCO da região até junho de 2021	i) Inscrever e acompanhar inicialmente Aroldo no curso de dança de salão do CECCO	Aroldo e Profissional 2	Até julho de 2021
4- Inserir Aroldo no grupo de geração de trabalho e renda Brothers Madeira, do CAPSad, até agosto de 2021	i) Articular com CAPSad o ingresso de Aroldo no grupo de geração de renda Brothers Madeira do CAPSad	Profissional 2 e Aroldo	Junho de 2021
	ii) Participar das ações do grupo Brothers Madeira	Aroldo	Julho de 2021
5- Inserir Aroldo no grupo de prevenção de recaídas do CAPSad até junho de 2021	i) Articular com CAPSad o ingresso de Aroldo no grupo de prevenção de recaídas do CAPSad	Profissional 2 e Aroldo	Junho de 2021
	ii) Participar das ações do grupo de prevenção de recaídas	Aroldo	Junho e Julho de 2021
6- Inserir Aroldo na Igreja do padre Gilberto até junho de 2021	i) Levantar o endereço da Igreja e horários de missa e/ou funcionamento	Profissional 1	20/06/21
	ii) Frequentar e acompanhar Aroldo inicialmente na missa e nas ações da igreja	Profissional 1 e Aroldo	30/06/21
7- Acompanhar Sr. Aroldo em lojas e shopping centers	i) Acompanhar inicialmente o morador em passeios pela cidade, lojas e shoppings Center, procurando confortar e demonstrar a segurança da vivência	Profissional 1 e Aroldo	Até 30/06/21
8- Inserir Sr. Aroldo no grupo de convivência do CECCO até junho de 2021	i) Inscrever e acompanhar inicialmente Aroldo no grupo de convivência do CECCO	Aroldo e Profissional 2	Até junho de 2021

É de suma importância destacar que tais objetivos e metas são necessariamente traçados em conjunto com os moradores. Trata-se de uma organização processual e interpelada por mudanças de diversas ordens: quadros clínicos; recaídas no uso de substâncias psicoativas; substituição de membros das equipes e das propostas dos diversos serviços e instituições etc. Ressalta-se, desta forma, a importância de momentos de reunião de equipe e de intenso diálogo com os moradores, a partir dos quais tanto os objetivos como as ações podem ser (re)elaboradas e (re)pactuadas, sempre respeitando os desejos, metas e intenções dos moradores. Para além, é

importante que os profissionais se organizem para respeitar os prazos estabelecidos e conduzir às reuniões atualizações sobre as ações e suas repercussões.

### **PROCESSO DE TRABALHO**

Estabelecer, em parceria e com a corresponsabilidade dos moradores, objetivos SMART. Os objetivos devem ser específicos, de maneira que possam ser mensuráveis, alcançáveis, realistas e com tempo previsto para a conquista dos resultados. É importante que a equipe se divida estrategicamente para alcançar os objetivos e para não duplicar trabalho. Ainda, ressalta-se a necessidade de organização de reuniões de equipe para (re)discutir os objetivos, ações e andamento do processo terapêutico.

## 4.1.8. REPERCUSSÕES E NOVAS PACTUAÇÕES

**A**ssumir a humanização da Saúde Mental significa reconhecer a necessidade da atenção e do cuidado permanentes e longitudinais, responsabilizando-se por construir processos de trabalho que garantam o acompanhamento, o acolhimento e que proporcionem suporte às diferentes experiências vivenciadas pelos moradores.

A humanização da Saúde Mental exige a flexibilidade e a resiliência da equipe Moradia Primeiro quanto aos objetivos estabelecidos e a capacidade constante de (re)organizar suas propostas e ações.

No caso do Sr. Aroldo, por exemplo, a equipe se espantou com a velocidade com que as ações desenvolvidas foram surtindo efeitos! Aroldo, logo no primeiro mês de residência, foi conhecer o Centro de Convivência e Cooperativa com um dos profissionais da equipe Moradia Primeiro. Ao chegar no espaço, foi muito bem recebido por seus profissionais, que apresentaram as diversas atividades do serviço. Como era de se esperar, Sr. Aroldo se encantou com a proposta dos cursos de marcenaria e dança e com o grupo de convivência.

Seu ingresso foi muito potente e Aroldo se vinculou bastante com a equipe, local e demais frequentadores.

“Mas que lugar gostoso! Você viu a sala da aula de dança? Cheia de espelho nas paredes! Isso é bom para você perceber o jeito que está dançando, né? Aí vai melhorando! Um senhor galpão aquele da marcenaria também! Precisa ser um espaço diferente, porque faz muita sujeira... Equipamentos bons! E você viu os produtos do pessoal? Que coisa boa estar aqui! Obrigado por todo o apoio!”

Quanto ao CAPSad, Sr. Aroldo foi recebido pelo terapeuta ocupacional Rodolfo Soares, que apresentou a instituição e, durante o processo de acolhimento, pôde elaborar junto com o Sr. Aroldo os objetivos para seu processo terapêutico no CAPSad. Ficou acordado que Aroldo terminaria o curso de marcenaria no CECCO e se vincularia na sequência ao grupo “Brothers Madeira”. Na oportunidade, Rodolfo apresentou o local de produção das peças de marcenaria do grupo e alguns de seus produtos. Aroldo prontamente deu algumas ideias de produtos que ele vendia facilmente nos semáforos da cidade.

“Você viu as máquinas do grupo?! Deus meu, imagina trabalhar aqui! Com essas máquinas! Minha cabeça está fervendo com várias ideias de produtos! As máquinas quando eu trabalhava na marcenaria, antes de ir para a rua, eram muito piores que essas! Nunca mais eu achei que eu fosse viver isso!”

Ainda, ficou combinada a participação, já na mesma semana, de Aroldo no grupo

de prevenção de recaídas, promovido pelo CAPSad.

Sr. Aroldo, junto com um dos profissionais do projeto Moradia Primeiro, foi também conhecer a igreja do padre Gilberto, que tanto o auxiliou, junto com vários voluntários da igreja, a se alimentar durante seu período de moradia nos espaços públicos da cidade. Na visita, Aroldo e o profissional perguntaram sobre os horários das missas e demais ações da igreja para uma das pessoas da recepção. A pessoa, um dos voluntários na distribuição das marmitas, ficou claramente desconcertado com a presença de Sr. Aroldo naquele espaço.

“Foi esquisito, né? Esse companheiro que nos recebeu sempre me tratou tão bem na rua, na distribuição das marmitas, mas foi esquisito! Você percebeu também? Acho que ele não estava esperando me ver por aqui...”

A equipe Moradia Primeiro, bastante contente com o processo terapêutico e com o sucesso dos objetivos e ações planejadas, acompanhou somente de maneira inicial, como pactuado, Sr. Aroldo em suas visitas na igreja. Em agosto, Sr. Aroldo, nesse momento já vinculado ao grupo de marcenaria Brothers madeira, havia recebido o dinheiro de alguns dos produtos vendidos e decidiu fazer um doce para levar para a igreja, durante a missa que vinha acompanhando, ainda de maneira tímida, há cerca de um mês.

Ao distribuir o doce feito com todo o carinho, mas sem a habilidade própria de Edite, foi na sequência ao banheiro. Quando voltou, escutou o voluntário que o recebeu na igreja reclamando do doce e afirmando que ficou até com medo de comer, afinal “...um morador de rua cozinhando? A gente tem sorte de não pular um rato de dentro do doce! Não sei nem o que ele está fazendo aqui?”

Extremamente ofendido pela situação, Sr. Aroldo saiu da igreja e encontrou Sebastião, um de seus companheiros no uso de drogas de quando estava em situação de rua.

“Não me aguentei, já estava difícil ficar sem a droga, e não me aguentei! Foi uma decepção muito grande, me senti humilhado. Para mim foi uma facada no peito!”

A partir da recaída, Sr. Aroldo ficou bastante intoxicado e optou por dormir na rua este dia, pois, segundo ele “estava sem condição de ir para casa”. Os profissionais do CAPSad estranharam a falta de Aroldo no grupo no outro dia pela manhã, pois ele sempre era o primeiro a chegar. O terapeuta Rodolfo entrou em contato com os profissionais do projeto Moradia Primeiro logo após o grupo, no início da tarde, perguntando o que havia acontecido com Sr. Aroldo. Rodolfo se colocou à disposição para qualquer contato e elaboração conjunta de ações, pedindo para os profissionais avisarem e acioná-lo prontamente caso necessário.

No mesmo momento, os profissionais da equipe Moradia Primeiro se deslocaram para uma visita domiciliar e, ao chegarem na residência do Sr. Aroldo, encontraram-no com

outros três companheiros da rua, visivelmente em uso de psicoativos. Negociando com Sr. Aroldo, conseguiram pactuar em ir para o CAPSad, pois o serviço disponibiliza alguns leitos para mantê-lo sob observação e garantir a desintoxicação.

Aqui é preciso retomar os princípios do projeto moradia primeiro:

- 1- Acesso imediato à habitação, sem pré-requisitos!
- 2- Escolha do participante e autonomia
- 3- Orientação para recuperação
- 4- Apoios individualizados e com foco na pessoa
- 5- Inclusão social e comunitária

Um dos maiores desafios para serviços destinados a prover cuidado no campo da Saúde Mental, como é o caso do projeto Moradia Primeiro, é a gestão e manejo de crises e episódios de recaída.

É importante uma clareza inicial: tanto o sofrimento mental como o uso prejudicial de drogas são condições crônicas. Todos os trabalhadores das equipes de Moradia Primeiro, ao assumirem isso, responsabilizam-se por acompanhar longitudinalmente os moradores, garantindo apoio diverso que diminuirá sobremaneira a frequência de tais episódios.

O primeiro ponto importante é o estabelecimento de vínculo com os moradores. Tal processo permitirá, como vimos ao longo do módulo, o delineamento de ações e projetos que promovam a qualidade de vida e que ampliem e fortaleçam relacionamentos sociais sadios e a vida humana. Essas intervenções, por si só, reduzirão vários dos episódios de sofrimento, que, em outras configurações, poderiam culminar em quadros de emergência psiquiátrica.

Ainda, a partir do vínculo, paulatinamente vai se criando um campo de compreensão e conhecimento mútuo entre trabalhadores e moradores. Neste sentido, ao se vincular, o profissional passa a conhecer melhor a pessoa, a compreender sensivelmente momentos de sofrimento, a identificar indícios do início de episódios agudos, a entender melhor seu processo de adoecimento e, com isso, percebe informações antes acortinadas. Falas e movimentos acelerados, pensamentos delirantes/confusos, mudanças de comportamento, alterações na concentração e memória, pensamentos obsessivos e repetitivos, momentos de maior isolamento e silêncio, maior agressividade ou ansiedade, olhos avermelhados, perda de peso, atitudes suspeitas, pupilas maiores do que o normal, diminuição na produtividade, perda de interesses, são todos sinais que o profissional Moradia Primeiro deve estar particularmente atento.

Estar atento/a aos sinais de crises e recaídas possibilita o manejo de Intervenções precoces. Neste sentido, contribuem sobremaneira para evitar agravamentos dos casos. Aqui, ressalta-se a importância do acionamento de serviços de saúde mental

parceiros, inclusive atualizando as informações aos seus profissionais e elaborando, conjuntamente, estratégias para apoio aos moradores.

Outro aspecto a manejar com muito cuidado é a mudança de medicações psiquiátricas ou de suas doses. Preferencialmente, nestes casos, é importante, caso haja retaguarda de instituições parceiras, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com leitos de internação, que as mudanças sejam acompanhadas de perto pelos profissionais, inclusive, a depender do caso, com a internação do morador. Quanto à equipe Moradia Primeiro, é importante ficar em estado de alerta nestas situações e ampliar substancialmente o número de visitas e o acompanhamento dos moradores.

Instaurado o episódio de recaída ou de agudização do quadro psiquiátrico, é importante que haja tentativas de negociações para que o morador possa ser encaminhado preferencialmente a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ao CAPS, para um Hospital Geral da região que tenha leitos/unidades psiquiátricos ou, ainda, para Hospitais Psiquiátricos. Caso, o deslocamento do morador seja impossibilitado pelo quadro clínico, é essencial acionar prontamente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Como vimos no caso da Sra. Edite, o acompanhamento cuidadoso da equipe Moradia Primeiro dos episódios de internação psiquiátrica se faz essencial para a construção e fortalecimento do vínculo com o morador. Neste sentido, é necessário ampliar o número de visitas da equipe aos espaços da internação, planejando e pactuando, junto com os profissionais do serviço de saúde, como se dará sua alta e o acompanhamento longitudinal da pessoa após a internação.

Ao momento do regresso da moradora à sua casa, é importante manter o estado de alerta, organizando, com a moradora, como se dará as futuras visitas. Durante estes momentos, ainda, é essencial procurar compreender quais foram os fatores gatilhos para o episódio, traçando, de maneira parceira com o morador.

Embora as histórias sejam fictícias, as informações presentes nos casos da Sra. Edite e do Sr. Aroldo advém de situações reais de vida de pessoas em situação de rua e/ou de pessoas em sofrimento mental que os autores do curso encontraram em sua trajetória profissional.

Quanto à Sra. Edite, seu ingresso na casa foi bastante intenso. Ao entrar no domicílio, após 10 anos morando em espaços públicos, a primeira coisa que fez, bastante emocionada e com lágrimas nos olhos, foi correr para a cozinha.

“Ainda não estou acreditando! Isso é real?! Olha essa cozinha! Tenho minha cozinha! Tem fogão, tem pratos, tem panelas, tem aquecedor! Tem até um exaustor! Posso cozinhar!”

Era evidente o êxtase de Edite com a casa, em especial com a cozinha. Edite fez questão, logo no primeiro dia, de ir a um mercado perto da casa para cozinhar para si e para os

profissionais da equipe. Quando foram no mercado, Edite percebeu que estava bastante suja e pediu para o profissional entrar e comprar alguns itens. Durante a conversa, o profissional tentou convencer Edite a entrarem juntos, mas percebeu que a moradora ainda não estava se sentindo à vontade com a ideia e não insistiu. Edite voltou mais cedo para casa para tomar banho enquanto os profissionais compravam alguns itens.

Quando os profissionais retornaram, Edite não havia tomado banho e estava na cozinha, ajeitando algumas coisas. Os profissionais avaliaram que aquele ainda não era o melhor momento para falar sobre o assunto. Posteriormente, chegou ao conhecimento da equipe, que em uma consulta vindoura com uma profissional do CAPS, Edite comentou que não se sentiu segura na ocasião para tomar um banho, com medo de ser violentada novamente e ter que sair da casa.

Os profissionais conversaram sobre a comida comprada e sobre a cozinha, o que animou Edite e, passo a passo, foi deixando-a confortável e empolgada com a possibilidade de cozinhar sua primeira refeição depois de quase uma década! Contudo, percebeu ter faltado o alecrim! Um dos profissionais foi comprar o tempero, enquanto a outra ficou ajudando a Sra. Edite e pôde deixá-la confortável o suficiente para tomar um rápido banho.

Ao chegar com o tempero, e já com o restante dos alimentos picados por Edite, com ajuda da terapeuta, a culinária pôde tomar lugar. Todos satisfeitos, os profissionais combinaram nova visita para o dia seguinte e Edite fez questão de recebê-los com um belo café da manhã, incluídos ovos salpicados com salsinha, cebolinha e alecrim bem picadinho, receita de sua falecida mãe.

Em meio à conversa, Edite toma a fala:

“Gente, hoje nem consegui dormir! Não estou acreditando que isso é real! É real? Vou poder ficar aqui mesmo? Não quero mais perder minha cozinha!”

Os profissionais confortaram Sra Edite, falando que era real! Apresentaram fotos de outros projetos Moradia Primeiro (*Housing First*), tiradas em vários lugares do mundo. Comentaram da experiência do projeto em Portugal e na Espanha, as quais os profissionais tiveram a honra de conhecer.

“Mas isso não é coisa dos gringos só? Isso dá para existir aqui no Brasil? É tudo verdade mesmo?”

Os profissionais também falaram da experiência de Porto Alegre e abriram em seus celulares fotos e vídeos sobre o programa. Embora já tivessem feito várias destas conversas previamente com Sra. Edite, ela estava com muitas dificuldades para acreditar que sua experiência era real e que não seria expulsa da casa. Combinaram uma visita já no outro dia para ver com Edite estava.

No terceiro dia de moradia, ao chegarem na casa, os profissionais perceberam Edite

ainda mais agitada. Edite relatou não ter conseguido dormir novamente. Durante a visita, perceberam Edite cada vez mais confusa. Embora tenham organizado esforços para garantir a administração adequada da medicação, Edite visivelmente não estava bem.

Os profissionais combinaram com Edite de ir para conhecer o CAPS da região no quarto dia, conforme acordado previamente. Ao chegarem na casa, contudo, Edite não abriu a porta e falou, bastante confusa, que ela não ia ir embora e que eles não iam tirar a cozinha dela! Embora os profissionais tenham ficado o dia todo conversando com Edite do lado de fora da casa, procurando confortá-la e garantir que ninguém a tiraria da casa, Edite cada vez mais gritava, de maneira confusa, que ninguém ia tirar a cozinha dela! Edite batia as panelas sem parar e gritava pela ajuda da polícia, falando que tinha gente querendo roubar a casa dela.

Na experiência, os profissionais perceberam o quadro agudo que Edite estava enfrentando e precisaram acionar o SAMU para dar suporte à moradora. Ao chegar, os profissionais do SAMU conduziram Edite ao CAPS para ser acompanhada.

Durante todo o percurso, do SAMU à internação no CAPS, os profissionais da equipe Moradia Primeiro se fizeram presentes, resgatando a todo o tempo para Edite que a casa estava lhe esperando. Edite ficou em observação por quatro dias no CAPS até se estabilizar, comentando com todos os profissionais do serviço que foi enganada, iludida e que haviam lhe roubado sua casa.

A equipe do Moradia Primeiro visitou Edite no CAPS todos os dias. A partir do quarto dia de internação, com o quadro clínico mais estabilizado, Edite pedia desculpas pela crise, estava envergonhada e pedia desculpas caso tivesse ofendido alguém e dado trabalho. Ao mesmo tempo, enfatizava seu medo de perder sua cozinha.

Mantendo as visitas de maneira mais frequente ao CAPS e contando com o apoio de seus profissionais, a equipe Moradia Primeiro pôde articular seu momento de alta, levando algumas roupas para Edite e conduzindo-a, novamente, à sua casa.

“Não estou acreditando, é minha casa mesmo!! Ela ainda é minha? É minha cozinha?? Vocês não vão me mandar mesmo embora??”

A partir da presença e vínculo estabelecido com Edite durante todo o processo, fruto do investimento da equipe Moradia Primeiro na relação, Edite passou gradualmente a ter maior segurança com relação à sua permanência na casa. Nas semanas que se seguiram, Edite, com o apoio de uma das profissionais Moradia Primeiro, pôde reestabelecer os objetivos terapêuticos que haviam pactuado e trabalhou em sua higiene pessoal.

Foi passear na praça algumas vezes com a profissional e paquerou, à distância, aquele café por duas vezes. Na terceira vez, a profissional a entusiasmou a entrar e Edite aceitou! Edite estava visivelmente mexida com a experiência, tremia-se

inteira e chegou até a ficar pálida, mas entrou! Sentou-se com a profissional e pediu um café, extasiada de estar podendo ver aquela bela cozinha de perto.

Ao sair, mais corada e animada, Edite encontrou sua amiga, a Sra. Laura. Contou tudo o que estava acontecendo em sua vida durante a usual partida de dominó, agora com a profissional/jogadora também presente.

“Laura, é tudo de bom a minha casa! Você precisa ir lá, tem uma cozinha linda que deixo limpinha! Vai lá tomar um café comigo amanhã de tarde! Aí a gente joga umas partidas na mesa da sala! Tem sala!”

Laura ficou encantada em conhecer o projeto **Moradia Primeiro** e em ver sua amiga tão animada, bem cuidada e limpa. Em suas palavras: “É outra Edite!”. No outro dia, Laura apareceu pela tarde, como combinado.

Em sua internação, Edite pôde conhecer o CAPS e se aproximar de seus profissionais. Saiu da internação já com a data do novo atendimento no CAPS para que pudesse conhecer as demais atividades da instituição.

Durante o período da internação, como constava nos objetivos da equipe com Edite, os profissionais se dividiram. Em um dos dias de visita, um deles ficou com a tarefa de levantar dados sobre a internação de Edite no Hospital Psiquiátrico e o outro, durante a própria visita à Edite, ficou encarregado de conversar com o profissional do CAPS para mobilizar a inserção de Edite no Programa de Volta para Casa para conseguir o Auxílio Reabilitação Psicossocial.

Processo em andamento, Edite, agora mais segura para manter sua higiene pessoal, combinou de ir conhecer, junto com o profissional da equipe Moradia Primeiro, o Centro de Convivência e Cooperativa. Ao chegar, estava acontecendo uma das aulas do curso de culinária e o aroma estava tomando todo o ambiente. Encantou-se!

“Meu Deus, o que está acontecendo com minha vida?! Que lugar maravilhoso esse CECCO! Você viu a cozinha deles? Eles ainda dão aula de graça de culinária e já saí inscrita no curso! Começo depois de amanhã!”

Concomitantemente, combinaram sua visita no mesmo dia, pela tarde, à Unidade Básica de Saúde. Edite bastante resistente, mas confiando em sua equipe de suporte, foi para a UBS, ainda mais depois desse belo dia conhecendo o CECCO. Sua consulta já estava agendada, conforme havia sido combinado com a moradora, para passar na dentista da unidade. Em sua consulta, a dentista já agendou alguns outros encontros com a usuária, mostrando algumas fotos de seu trabalho e como sua boca ficaria.

“Que dia foi esse! Não estou nem conseguindo parar dentro de mim! Que emoção! Obrigado pelo trabalho minha filha!”

Percebendo o receio da profissional, Edite ainda comenta:

“Pode ficar calma minha filha! Vou tomar meus remédios e vou dormir direitinho por aqui! Não quero ficar louquinha de novo não (risos)! É muita coisa boa acontecendo que eu quero viver! Qualquer coisa que acontecer eu aviso para vocês na mesma hora e vamos lá para o CAPS!”

Na conversa com Edite, um dos profissionais relata ter encontrado os contatos de sua prima Alana. Edite ficou bastante ansiosa com a informação. Pediu que essa ação fosse postergada, pois queria ver Alana somente quando tivesse um emprego, conseguindo ganhar seu próprio dinheiro e com dentes novos! Aproveitou a conversar para cobrar a retomada da ação para conhecer o café/cozinha da Rede de Saúde Mental e Economia Solidária (LIBERSOL).

“Você imagina, encontrar minha prima já trabalhando em uma cozinha?! Que chique! Vou fazer questão de comprar um presente lindo para ela! Ela gosta muito de pulseiras!”

Com o curso de culinária em andamento, foram, então, conhecer a Rede de Saúde Mental e Economia Solidária de Curitiba e Região Metropolitana (LIBERSOL) em uma de suas reuniões. Após a reunião, foram com alguns dos membros para visitar o espaço reservado para o café. Edite mal podia acreditar que o espaço existia e que poderia recebê-la para trabalhar lá. Durante a visita, ainda, percebeu três vitrines expositoras com vários produtos, de marcenaria, artesanato, roupinhas e caminhas para cachorros, entre outros. A profissional Moradia Primeiro que a acompanhava mostrou um dos produtos de marcenaria feitos pelo Sr. Aroldo.

Mesmo com a intercorrência da crise de Edite, em agosto aconteceu seu ingresso formal no café LIBERSOL. Depois de uma semana, já com o dia a dia da cozinha conhecido e com as receitas memorizadas, Edite pediu o contato de sua prima e prontamente ligou!

“Quero encontrar Alana lá no trabalho, já combinei com ela! Ela estava até achando que eu estava em uma crise (risos)! Coloquei até a profissional da equipe para conversar com ela e falar que eu não estava ruim (risos)! Combinamos para depois de amanhã, já avisei para o pessoal segurar as pontas um pouco, umas duas horas, para eu poder conversar com minha prima. Amanhã vou comprar uma pulseira linda para ela e a comida dela quem faz sou eu!”

Atualmente, Alana, com seu marido falecido há 6 anos, encontra-se ao mínimo duas vezes por semana com Edite.

Como desfecho desta unidade, é importante retomar a necessidade de que a equipe Moradia Primeiro esteja continuamente permeável às transformações de suas condutas devido aos processos vivenciados pelos moradores, tendo como diretriz transversal, contudo, o cuidado e o acolhimento. Neste sentido, uma síntese profícua deve ser estabelecida entre os objetivos da equipe e o fluxo próprio à vida humana. Assim, a

equipe deve se fortalecer e ter momentos de discussão, estudo aprofundado dos casos e (re)elaboração das estratégias, sempre tendo em vista a vontade dos moradores e um claro processo de pactuação de acordos, de maneira aplicada às vivências que forem se delineando neste humano e belo processo de execução dos projetos Moradia Primeiro.

### PROCESSO DE TRABALHO

Estabelecer momentos de reuniões e estratégias de acompanhamento da repercussão das ações e vivências dos moradores. É importante, ainda, retomar periodicamente os objetivos traçados e analisar se ainda fazem sentido para os moradores. Neste processo, a busca por parceiros do território é incessante e, a cada encontro, novas e potentes ações de inclusão comunitária podem se estabelecer. Para além, é imprescindível acompanhar constantemente a disponibilidade dos parceiros da rede, pois pode haver mudanças diversas nas instituições que transformam suas propostas e serviços.

Afirmando seu caráter processual, resgatar-se-ão, neste momento, os Ecomapas e Quadros de Vulnerabilidades da Sra. Edite e do Sr. Aroldo, após as intervenções realizadas pela equipe. Desta forma, evidenciar-se-á a contribuição destas ferramentas não somente para o levantamento e sistematização dos dados, como também para a avaliação das ações desenvolvidas. Finalmente, observaremos o Ecomapa da equipe Moradia Primeiro, o qual demonstrará suas atuais parcerias institucionais e sua potência de articulação territorial e comunitária.

### ECOMAPA - SRA. EDITE SANTOS FERREIRA

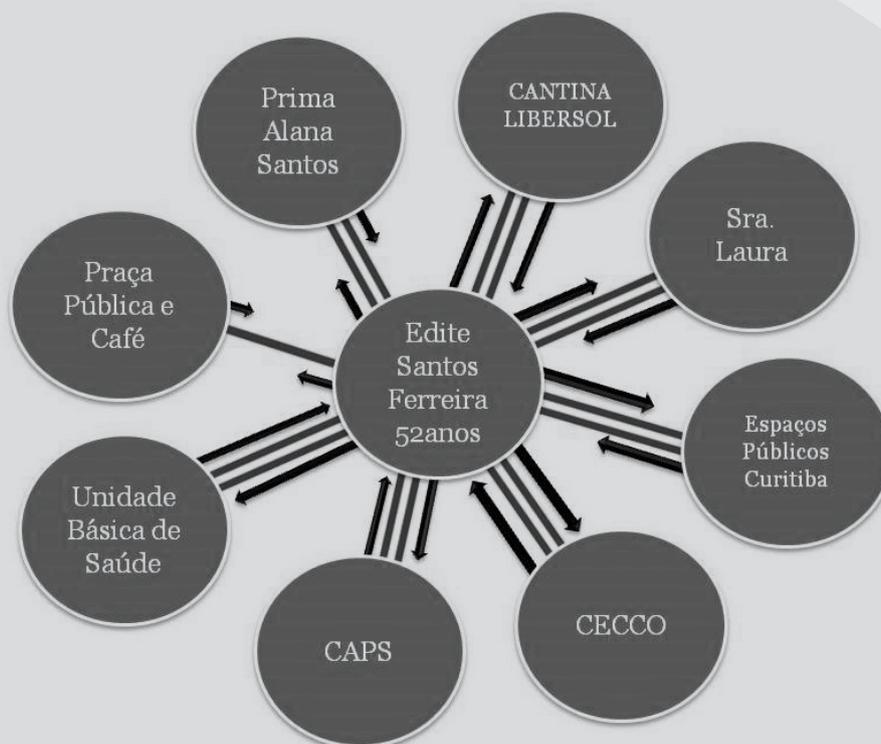


Imagem: Luís Felipe Ferro

**SRA. EDITE SANTOS FERREIRA**

QUADRO DE VULNERABILIDADES	
FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <del>Condições comprometidas de higiene pessoal</del></li> <li>2. <del>Dentes bastante comprometidos</del></li> <li>3. <del>Marcas intensas do período que viveu no Hospital Psiquiátrico</del></li> <li>4. <del>Marcas intensas das vivências de assédios sexuais vivenciados nas ruas de Curitiba</del></li> <li>5. <del>Desorganização na administração da medicação</del></li> <li>6. <del>Quadros de delírio e crises psiquiátricas – diminuídos</del></li> <li>7. <del>Roubos e apreensões de seus pertences</del></li> <li>8. <del>Relação conflituosa com Unidade Básica de Saúde</del></li> <li>9. <del>Relação inexistente com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)</del></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Município conta com projeto <b>Moradia Primeiro</b></li> <li>2. Conhecimento da atividade da culinária, inclusive com experiência em cozinhas industriais</li> <li>3. Relação familiar afetuosa e próxima com prima Alana</li> <li>4. Relação de amizade com Sra. Laura fortalecida</li> <li>5. Inclusão no Programa de Volta para Casa – Recebimento mensal de R\$412</li> <li>6. Unidade Básica de Saúde conta com dentista – saúde bucal reestabelecida</li> <li>7. Ótima higiene pessoal</li> <li>8. Boa relação com o CECCO, CAPS e equipe <b>Moraria Primeiro</b></li> <li>9. Emprego no café LIBERSOL</li> <li>10. Melhora na administração da medicação Psiquiátrica</li> </ol>

Imagem: Luís Felipe Ferro

**ECOMAPA - SR. AROLDO MARTINELLI**

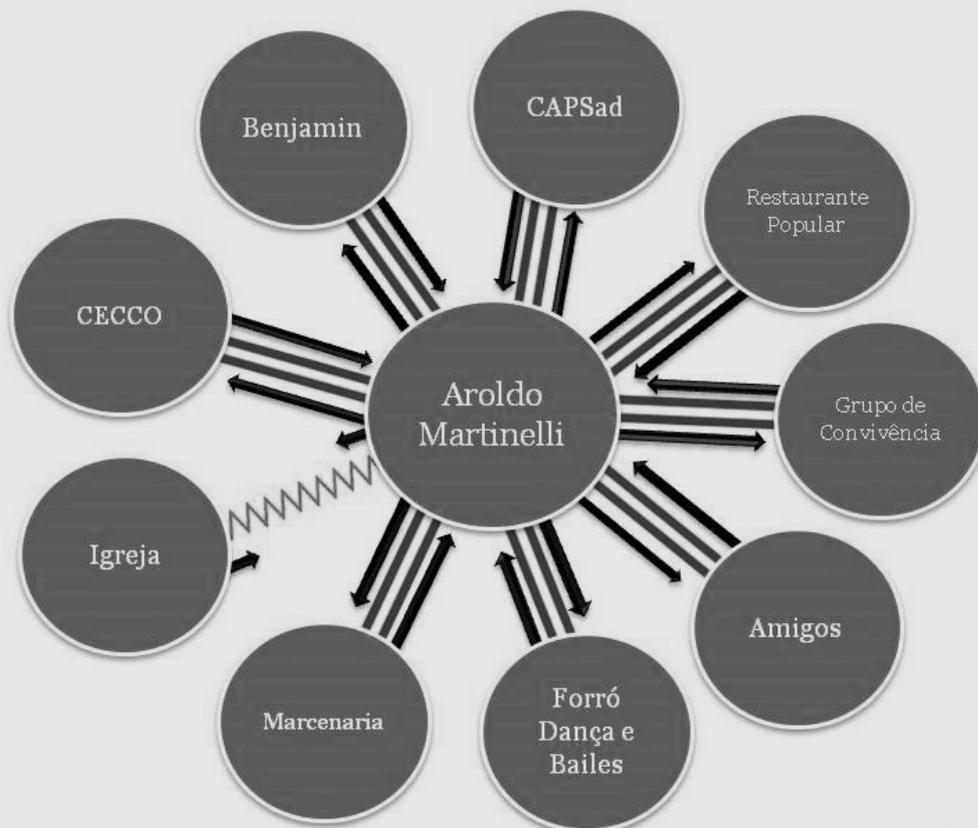


Imagem: Luís Felipe Ferro

**SR. AROLDO MARTINELLI**

QUADRO DE VULNERABILIDADES	
FATORES DE RISCO	FATORES DE PROTEÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relação inexistente com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)</li> <li>2. Receio de retomar a vida laboral na marcenaria e, novamente, não dar certo</li> <li>3. Roubos e apreensões de seus pertences</li> <li>4. Uso de álcool e cocaína aumenta por conta do frio vivenciado nos invernos da cidade de Curitiba</li> <li>5. Receio de entrar em espaços de circulação comunitária, como shoppings centers por medo de vivenciar novas agressões físicas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Município conta com projeto <b>Moradia Primeiro</b></li> <li>2. Relação próxima com seu cachorro Benjamin</li> <li>3. Conhecimento da atividade de marcenaria</li> <li>4. Vontade de retomar vida laboral a partir da atividade de marcenaria</li> <li>5. Inclusão no grupo Brothers Madeira</li> <li>6. Apoio para alimentação do restaurante popular e das marmitas oferecidas pela Associação e Igreja</li> <li>7. Boa relação com voluntários da associação e Igreja</li> <li>8. Bom vínculo com CAPS, CECCO e equipe <b>Moradia Primeiro</b></li> <li>9. Frequência no curso de dança e marcenaria e no grupo de convivência do CECCO</li> <li>10. Novas amizades e relações comunitárias</li> </ol>

Imagem: Luís Felipe Ferro

**ECOMAPA - EQUIPE MORADIA PRIMEIRO**

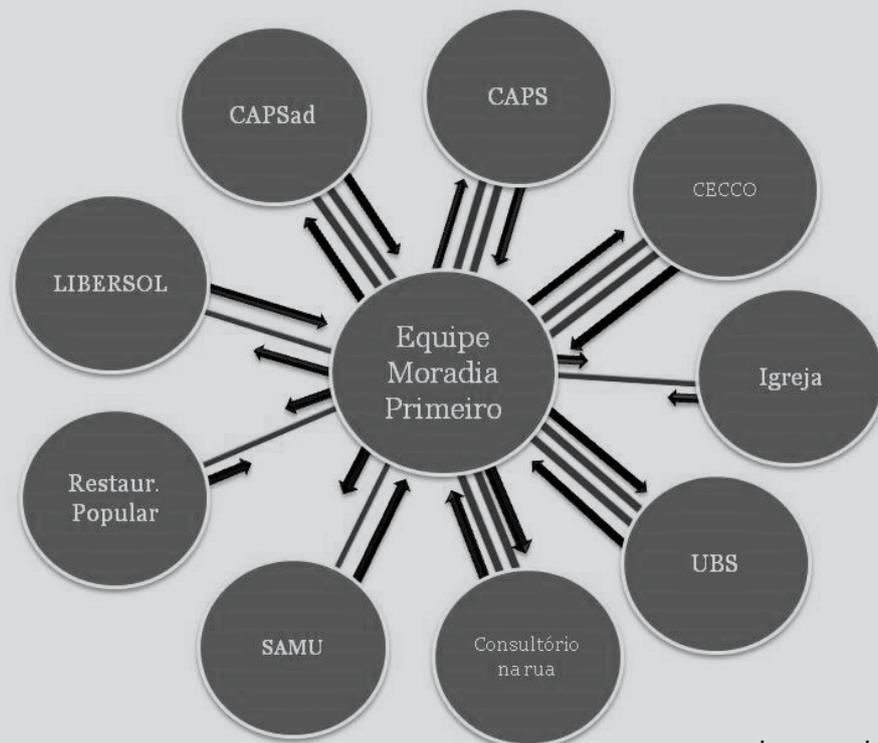


Imagem: Luís Felipe Ferro

Pudemos resgatar o papel fundamental da equipe de cuidado dos projetos Moradia Primeiro para dar suporte à construção concreta da vida domiciliada de pessoas em situação de rua. Ainda, ressalta-se aqui a importância de ações que envolvam diferentes instituições comunitárias, suas potências e limitações, afirmando a humanização dos processos vivenciais e relacionais e a necessidade do acompanhamento e cuidado pela equipe Moradia Primeiro.

O processo de inclusão social e comunitária, assim como de construção da vida domiciliada, é plural e pode oferecer, independentemente das instituições e serviços comunitários, vivências contributivas ou que promovam sofrimento. Cabe à equipe Moradia Primeiro, garantir o cuidado e o acompanhamento dos casos, elaborando e promovendo intervenções voltadas a diminuir diferentes dos fatores de risco e ampliar fatores de proteção.

Cabe deixar sedimentados alguns indicativos para orientar o processo de trabalho. O quadro abaixo procura resgatar de maneira estruturada o percurso até aqui.

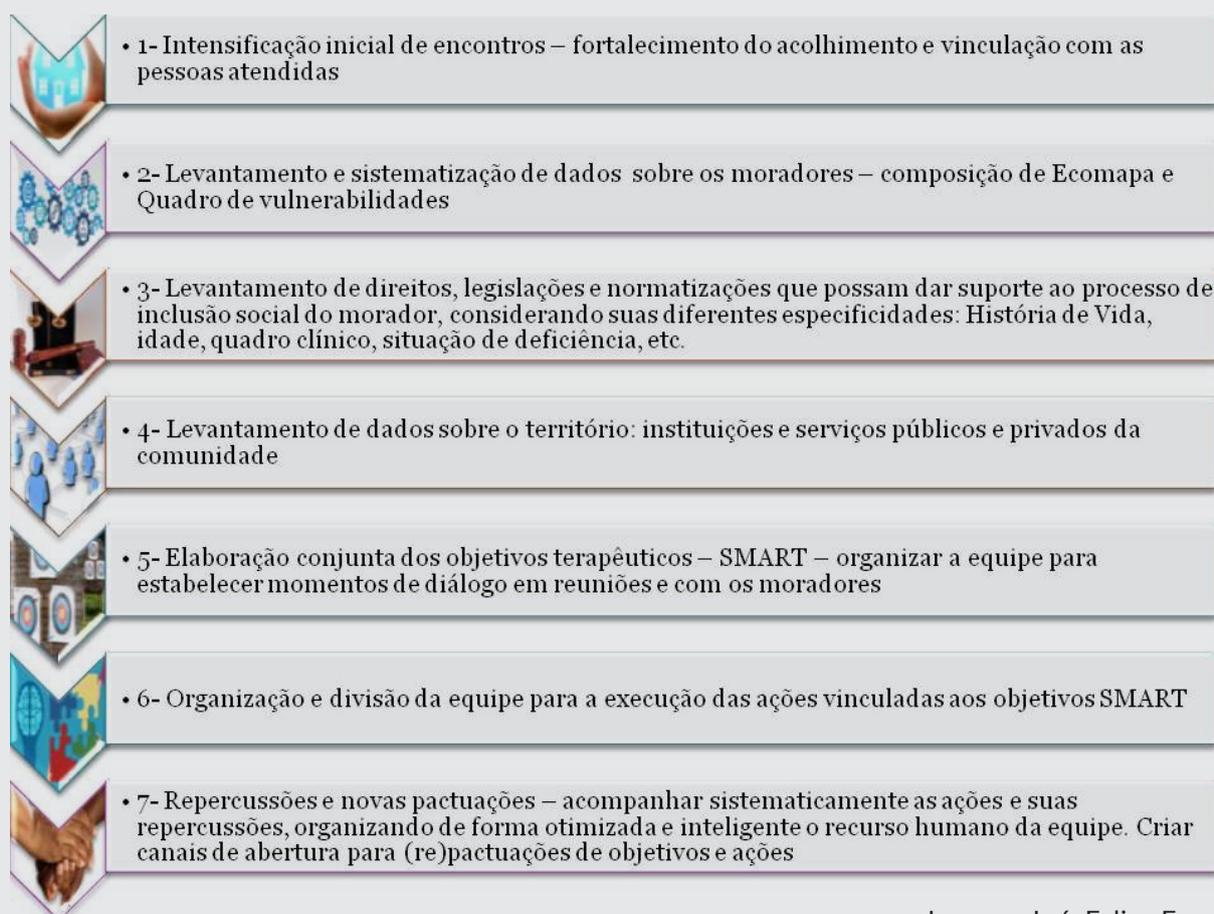


Imagem: Luís Felipe Ferro

## SEGUNDA UNIDADE – MORADIA PRIMEIRO E ESTRATÉGIAS DE CUIDADO: ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO, INCLUSÃO PELO TRABALHO E CUIDADO À CRISES EM DISCUSSÃO

Conforme apresentado no texto introdutório, neste momento, o capítulo terá como foco discutir e apresentar, de maneira técnica algumas nuances próprias aos processos possivelmente a serem vivenciados por profissionais das equipes de cuidado nos projetos Moradia Primeiro (*Housing First*).

Neste sentido, abordar-se-á, inicialmente, a concepção e estruturação de Projetos Terapêuticos Singulares, individuais e coletivos, situando-os no contexto e em discussões contemporâneas do campo da Saúde Mental.

Em segundo momento, esta unidade construirá conhecimento a respeito de um dispositivo bastante profícuo para ampliar as capacidades de cuidado territorial e a promoção de intervenções que promovam a inclusão social e comunitária dos moradores, o acompanhamento terapêutico. Neste item, ainda, serão discutidas formas operacionais de organizar a captação de recursos para possibilitar a prática do acompanhamento terapêutico, apresentando, concomitantemente, fluxos de trabalho que garantam a maximização da potência de cuidado advinda deste dispositivo terapêutico.

Na sequência, devido à sua importância para os projetos Moradia Primeiro (*Housing First*), tratar-se-á de possibilidades de inclusão social pelo trabalho dos moradores, apresentando estratégias que instrumentalizem os profissionais das equipes de cuidado. Ainda, como desfecho, serão apresentadas discussões para guiar o trabalho de equipes Moradia Primeiro quanto à gestão e manejo de crises e recaídas, procurando contribuir para a qualificação de sua prática profissional na construção de apoio à vida domiciliada em episódios psiquiátricos agudos.

## 4.2. PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E SAÚDE MENTAL: SUBSÍDIOS E INSTRUMENTAIS PARA EQUIPES DE CUIDADO DOS PROJETOS MORADIA PRIMEIRO (HOUSING FIRST)

**E**m contexto brasileiro, críticas diversas foram desferidas contra o modelo manicomial de atenção à Saúde Mental, pautado na exclusão social e no cuidado realizado praticamente com exclusividade em hospitais psiquiátricos. Intensos movimentos sociais, logo, passaram a desvelar, com mais ênfase a partir da década de 1970, as condições de agressão aos direitos humanos vivenciadas por pessoas com transtorno mental em diferentes Hospitais Psiquiátricos brasileiros (SCARCELLI; ALENCAR, 2009; SCARCELLI, 1998).

Neste panorama, políticas públicas, instituições diversas e propostas de cuidado comunitário passaram a ser edificadas e amadurecidas no Brasil, com maior ênfase a partir da década de 1990. Um marco histórico, neste sentido, foi a promulgação da Lei 10.216, em 06 de abril de 2001, a qual “...dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” (BRASIL, 2001). Tal marco regulatório, conhecido como lei da Reforma Psiquiátrica, prevê o direcionamento e construção de políticas públicas que garantam o cuidado comunitário no campo da Saúde Mental.

Embora, ao decorrer dos anos 1990 e 2000, diferentes orientações normativas, advindas de portarias ministeriais, tenham regulamentado serviços variados, proporcionando apoio para o acompanhamento territorial e cuidado comunitário a pessoas em sofrimento mental, um importante marco aconteceu em 2011. Com a promulgação da portaria 3.088/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011, foi instituída, em território nacional, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual inaugurou e congregou diferentes experiências e propostas, normatizando pontos de atenção para o cuidado em Saúde Mental (BRASIL, 2011).

Desta forma, foi assumido, enquanto compromisso da atual Política Nacional de Saúde Mental, a RAPS, a estruturação de toda uma rede de serviços voltados a garantir cuidado territorial a pessoas em sofrimento mental, aqui incluídas as pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Republicada em 2013 e atualmente prevista, em extensa parte de seu conteúdo original, pela portaria de consolidação 03/17, a RAPS é sensível a diferentes fatores envolvidos no processo saúde-doença no campo da Saúde Mental e normatiza seus pontos de atenção para prover apoio concreto a situações de vida e sofrimento vivenciadas por seu público-alvo em sua vida cotidiana.

Na primeira unidade deste capítulo, pôde-se aproximar e conhecer, de maneira aplicada aos casos do Sr. Aroldo e da Sra. Edite, alguns destes pontos de atenção: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Centros de Convivência e Cultura; Consultório na Rua; Unidades Básicas de Saúde; SAMU etc. Em concomitância à previsão de outros pontos de atenção (Unidades de Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos etc.), a execução desta política pública incita, ainda, cotidianamente, a elaboração e amadurecimento de várias estratégias, dispositivos e projetos variados que congreguem propostas de cuidado comunitário a ações que garantam a inclusão social e comunitária de seu público-alvo.

Cabe ressaltar, direcionando discussões para o conteúdo que aqui se pretende aprofundar, que a RAPS organiza seus recursos, humanos e financeiros, para intervir em diferentes dos fatores envolvidos no processo saúde-doença no campo da Saúde Mental, situando o sofrimento junto aos processos de vida concretos experienciados por pessoas em sofrimento mental. Neste sentido, ao ser sensível ao impacto de situações diversas, aqui inseridas as vivências de exclusão da vida comunitária experienciadas por pessoas em sofrimento mental, nas condições de saúde, a RAPS propõe a estruturação de intervenções que transformem tais realidades. Para tanto, enquanto uma de suas diretrizes operacionais, a RAPS prevê o...

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular. (BRASIL, 2017, s/p.).

Segundo Miranda, Coelho e Moré (2012), o Projeto Terapêutico Singular (PTS) se constitui como...

...uma ferramenta que instrumentaliza o desenvolvimento de propostas e condutas terapêuticas articuladas para e com o usuário, e por isso não deve ser desenvolvida exclusivamente pelos profissionais da saúde. (MIRANDA; COELHO, MORÉ, 2012, p. 12)

Paralelamente, a assunção do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença no campo da Saúde Mental nos convoca a pensar, de maneira pragmática, formas organizacionais que proporcionem transformações e rupturas estruturais no sentido de garantir, concretamente, cuidado comunitário no campo da Saúde Mental. Saraceno (1999), ao direcionar sua reflexão à esquizofrenia, que aqui será expandida ao sofrimento mental, incluído o uso prejudicial de álcool e outras drogas, provoca e convoca a novas práticas:

Se aceita que a esquizofrenia não é algo assim misterioso, senão que evolui no contexto micro familiar e macrossocial do paciente. Esta psiquiatria é a que se define como psiquiatria biopsicossocial. Essa palavra reflete uma obviedade. O que quer dizer? Que enfermidade é um pouco bio, um pouco psico e um pouco social (...). Por que temos que considerar com muito espírito crítico essa noção de biopsicossocial?

Porque é uma aparente visão que considera a complexidade das coisas, mas a declaração que a enfermidade é biopsicossocial não significa que as intervenções sejam biopsicossociais. [e afirma que, quanto aos serviços,] ...são muito bio, um pouquinho psico e muito pouco sociais” (SARACENO, 1998, p. 28).

Neste contexto, ao Projeto Terapêutico Singular é caro sua subdivisão em Projeto Terapêutico Singular Individual (PTSi) e Projeto Terapêutico Singular Coletivo (PTSc).

É importante ressaltar que quando se “focaliza” um indivíduo no PTS, não se deve fazer disto um “recorte” que descontextualize o sujeito de sua realidade. Não há sentido em discutir o caso de um indivíduo em situação de sofrimento sem considerá-lo inserido em um contexto social, familiar, em um certo território. Apenas diferencio os processos de formulação dos PTS segundo o contexto no qual se opera, levando em consideração que há peculiaridades em se trabalhar com grupos maiores (comunidades, grupos populacionais singulares), entendidos aqui como sujeito coletivo. (OLIVEIRA, 2009, p. 92).

Ampliando a compreensão sobre o PTS, ainda, Chiaverini (2011) ressalta sua importância para guiar processos terapêuticos destinados a diferentes sujeitos, sejam individuais ou coletivos.

Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um recurso de clínica ampliada da humanização em saúde. Segundo Carvalho e Cunha (2006), o uso do termo “singular” em substituição a “individual”, outrora mais utilizado, baseia-se na premissa de que nas práticas de saúde coletiva (...) é fundamental levar em consideração não só o indivíduo, mas todo o seu contexto social.

Os projetos podem ser familiares, coletivos e até territoriais, o que restringe o uso da palavra “individual”. E ainda que o centro de um projeto terapêutico singular seja, de fato, um indivíduo apenas, olhar para os cuidados de alguém – em especial na saúde mental – exige um foco abrangente que incluiu o seu entorno familiar e territorial. (CHIAVERINI, 2011, p. 21).

Quanto ao profícuo terreno basal proporcionado pelo Projeto Terapêutico Singular (PTS), em suas vertentes Individual e Coletivo, os profissionais atuantes junto a pessoas em sofrimento mental são convocados a unir (e intervir), de maneira indissociável, processos individuais de sofrimento a situações familiares, comunitárias e sociais, tendo como chamamento mais desafiador a elaboração de ações singulares que garantam o cuidado e a construção da participação comunitária das pessoas atendidas.

Conjecturando tais apontamentos sobre a Saúde Mental, no que diz respeito à edificação da prática profissional sobre o terreno do PTS, aos casos descritos na

primeira unidade deste capítulo, alguns questionamentos podem suscitar diferentes reflexões pragmáticas: Ora, como a Sr. Aroldo e a Sra. Edite poderiam transformar seus processos de saúde-doença, incluídos aqui os adoecimentos próprios à Saúde Mental, se não houvesse, concretamente, o investimento na configuração estrutural dos Projetos Moradia Primeiro (*Housing First*)? Como Sr. Aroldo poderia ser inserido em uma iniciativa de trabalho e renda, em nosso caso o grupo Brothers Madeira, sem o apoio do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad), sem a formação em marcenaria proporcionada pelo Centro de Convivência e Cultura (CECCO) e sem a potente articulação promovida pela equipe de cuidado Moradia Primeiro? Como a Sra. Edite poderia gerar renda sem o apoio do CECCO ou mesmo da loja/café mobilizada pela rede LIBERSOL? E aqui as perguntas mais provocadoras, no que tange aos objetivos deste material: Qual o papel dos profissionais Moradia Primeiro (*Housing First*) neste contexto? Quais os instrumentais e ações pragmáticas advindas desta equipe profissional que assumam, veementemente, o caráter biopsicossocial do sofrimento vivenciado pelos moradores atendidos pelos Projetos Moradia Primeiro?

No que diz respeito aos objetivos deste capítulo, cabe a esta unidade delinear, de maneira mais estruturada, o processo terapêutico a ser desenvolvido por equipes de cuidado dos projetos Moradia Primeiro. Em sua primeira unidade, foram apresentados neste capítulo, de maneira aplicada, pontos essenciais para a (re)elaboração e execução de Projetos Terapêuticos Singulares Individuais (PTS) no que compete às ações das equipes de cuidado Moradia Primeiro (*Housing First*). Antes de maior detalhamento sobre o PTS, cabe ressaltar que tanto sua estrutura como ferramentas e propostas organizacionais e terapêuticas se encontram, em contexto contemporâneo, nacional e internacionalmente, em processo de construção e amadurecimento no campo da Saúde Mental.

A figura abaixo, proposta por Oliveira (2007, p.91), ressalta alguns elementos estruturais, guias para a configuração processual de Projetos Terapêuticos Singulares Individuais (PTS).

## ELEMENTOS ESTRUTURAIS PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR INDIVIDUAL

- Identificação completa;
- Localização territorial e elementos do território relevantes;
- Arranjo Familiar e Rede Social de Apoio – Representação Gráfica;
- Queixa/Situação/Demanda com histórico relevante resumido;
- Ações clínicas já realizadas;

- Ações clínicas já realizadas;
- Avaliação das Vulnerabilidades;
- Pactuação dos Objetivos no caso (negociação das necessidades de saúde, entre equipe e entre equipe e usuário);
- Propostas de Intervenção com cronograma e responsáveis;
- Definição do Profissional de referência do caso;
- Definição de periodicidade de reavaliações do caso.

Elementos estruturais do Projeto Terapêutico Singular Individual - OLIVEIRA (2009, p. 91).

Ao processo terapêutico ancorado no PTS, cabe, conforme apresentado acima, o levantamento de dados diversos sobre os casos atendidos, seus arranjos familiares e rede sociais de apoio, assim como elementos relevantes do território que possibilitem à equipe de cuidado Moradia Primeiro, estrategicamente, elaborar, conjuntamente com os moradores, propostas de cuidado.

Neste âmbito, pôde-se visualizar a importância da identificação completa dos casos, contando com dados objetivos e subjetivos advindos dos moradores. Tais dados podem ser coletados por meio de diferentes estratégias, sejam as apresentadas na primeira unidade, diretamente obtidas com os moradores, sejam obtidas por meio de contatos com profissionais de instituições já envolvidas com os casos e/ou com pessoas de sua rede social de apoio. É importante, ainda, que o levantamento compreenda, também, tanto as ações já realizadas pelas diferentes instituições e profissionais que já acompanharam os moradores em momentos progressos, como suas repercussões. Enquanto ferramentas, na primeira unidade, foram explicitados o Ecomapa e o quadro de vulnerabilidades.

Também ficou clara, a necessidade do destino de esforços, pela equipe de cuidado Moradia Primeiro, quanto ao levantamento, análise e acionamento estratégico de diferentes instituições e forças territoriais loco regionais que, porventura, possam contribuir com o desenvolvimento de intervenções voltadas a responder às necessidades singulares de cada morador na construção de sua vida comunitária. Ainda, a sistemática para a avaliação das vulnerabilidades dos casos atendidos, a (re)pactuação conjunta e a (re)definição clara de objetivos terapêuticos, delineados, obrigatoriamente, a partir da participação ativa e corresponsável dos moradores, pôde ser apresentada.

Ao PTS, ainda, é imprescindível a organização profissional para a divisão de profissionais de referência para as intervenções, contando, ainda, com a sistemática das (re)discussões sobre as ações e suas repercussões.

O Projeto Terapêutico Singular Coletivo (PTSc), por sua vez, prevê a organização de ações terapêuticas e intervenções voltadas a enfrentar problemáticas coletivas variadas, sejam advindas de grupos, famílias, comunidades e/ou territórios. Embora separado, para fins didáticos, das ações terapêuticas direcionadas a sujeitos individuais, próprias ao PTSi, as intervenções junto a sujeitos coletivos desenvolvidas em Projetos Terapêuticos Singulares Coletivos se relacionam, intrinsecamente, às possibilidades de inclusão social e comunitária para diferentes grupos populacionais.

Procurando organizar o raciocínio terapêutico para enfrentar problemáticas que transbordam sujeitos individuais, o PTSc propõe sistematização de guias para a prática profissional junto a sujeitos coletivos, famílias, grupos, comunidades e/ou territórios. Desta forma, assumir a complexidade da saúde mental, afirmando seu caráter biopsicossocial, requer atuação profissional que consiga enfrentar pragmaticamente os diferentes fatores envolvidos no processo saúde-doença.

Ora, como enfrentar a problemática presente em contexto contemporâneo da necessidade, vivenciada por pessoas em situação de rua, da moradia em espaços públicos? Como garantir, nos casos da Sra. Edite e do Sr. Aroldo, sua circulação comunitária e sua inclusão laboral, se sequer há a existência dos CAPS e/ou Centros de Convivência e Cultura descritos? Como construir a inclusão social pelo trabalho se não há disponibilidade de iniciativas diversas de geração de trabalho e renda, ao exemplo real do grupo *Brother Madeira* e da loja/café estruturado pelas ações da rede LIBERSOL? Em outras palavras, como articular e construir Projetos Terapêuticos Singulares Individuais, quando não há possibilidades concretas da construção da participação comunitária por conta de diferentes deficiências dos sujeitos coletivos, sejam territórios, comunidades e municípios?

Aqui residem os maiores desafios para a prática das equipes de cuidado Moradia Primeiro (*Housing First*), os quais exigem de seus profissionais, além de uma formação diferenciada, uma ampla articulação comunitária.

Oliveira (2007) propõe as seguintes diretrizes para guiar os processos junto a Projetos Terapêuticos Singulares Coletivos.

### ELEMENTOS ESTRUTURAIS PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COLETIVO

- Justificar a escolha da área de risco/vulnerabilidade;
- Identificar e discutir o Problema e/ou Situação e/ou Demanda da área escolhida;
- Aprofundar o entendimento do processo histórico-social da área de risco/vulnerabilidade escolhida;
- Identificar corpo legislativo, direitos envolvidos com o problema e possibilidades de captação de recursos;
- Identificar os sujeitos e as organizações (redes) potencialmente implicados com o projeto: usuários interessados, rede social e grupos com interesses contrariados;

- Definir e discutir os Objetivos da Equipe com relação a esta área escolhida;
- Definir e discutir as ações possíveis para implementar o projeto de intervenção na área escolhida, definindo responsáveis e profissional de referência;
- Criar um ou mais espaços coletivos de discussão em que a equipe abra possibilidades de conversa e pactuação (combinados) com os outros sujeitos e organizações interessados para discutir: o problema, os objetivos e as ações do projeto de intervenção proposto para a área escolhida;
- Criar momentos de (re)avaliação da implementação do projeto entre a equipe e entre a equipe e os outros sujeitos implicados no projeto

Elementos Estruturais para o Projeto Terapêutico Singular Coletivo – Oliveira (2007), atualizado por Luís Felipe Ferro.

Procurando guiar o raciocínio terapêutico no que diz respeito à elaboração e execução de Projetos Terapêuticos Singulares Coletivos (PTSc), embora com a limitação e brevidade aqui necessárias, tomaremos, como exemplo, a inexistência de Centros de Atenção Psicossocial no município fantasia de Jemabelândia.

A gestão do município de Jemabelândia, atualmente com cerca de 167mil habitantes, sensível à situação de rua de vários de seus munícipes, implementou há cerca de 2 meses, em parceria com uma Associação do município, um projeto Moradia Primeiro (*Housing First*). Os profissionais Moradia Primeiro, contudo, já em sua atuação inicial, diagnosticaram uma ampla carência, no município, de serviços diversos de Saúde Mental, os quais poderiam, sobremaneira, auxiliar no apoio e condução das ações junto aos moradores acompanhados.

Em seus elementos estruturais, para o desenvolvimento do PTSc, conforme proposto por Oliveira (2007), é estabelecida, como necessidade inicial, a definição de uma área de risco, ressaltando, para além, a vulnerabilidade a ser enfrentada. A partir, então, do foco das intervenções da equipe Moradia Primeiro junto à problemática acima descrita, foram definidas, como área de risco, neste caso coletivo fictício, o município de Jemabelândia e, como vulnerabilidade, a inexistência de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) na cidade.

Durante a discussão do problema/situação, a equipe percebeu, segundo relatos de diferentes munícipes, que gestões passadas não eram sensíveis às pautas de construção do cuidado comunitário na Saúde Mental, o que, pragmaticamente, inviabilizou a implementação de CAPS na cidade. Tal situação era ainda mais comprometida pelo interesse de continuidade da contratação, pelo SUS, de leitos em Hospitais Psiquiátricos localizados no município, gerenciados por familiares das gestões passadas.

Atualmente, a gestão em posse, contudo, demonstra grande empenho quanto ao investimento no campo da Saúde Mental. Compreendendo o processo histórico-social

do município no que tange ao problema delineado, a equipe se articula para compreender o corpo legislativo e os direitos relacionados ao problema a ser enfrentado.

Neste direcionamento, são levantadas pelos profissionais: a Lei 10.216/01, que dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais; a Portaria 3.088/11, republicada pela Portaria de consolidação 03/17 e a Portaria 336/02, as quais regulamentam o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. As portarias, inclusive, preveem a possibilidade da implementação de um CAPSIII, com funcionamento 24h, no município. Em seu artigo 7º, a Portaria de consolidação 03/17 regulamenta que o CAPSIII...

...atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes. (BRASIL, 2017)

Os profissionais do projeto Moradia Primeiro, ainda, organizam-se para identificar diferentes organizações e lideranças comunitárias loco regionais interessadas no campo da Saúde Mental. Mobilizando encontros e o fortalecimento de ações em rede, a equipe consegue congrega representantes de diferentes instituições e pessoas: professores da universidade do município e estudantes; representantes de igrejas e centros religiosos; associações do município; lideranças comunitárias; e representantes do poder público municipal e do poder legislativo. A partir da reunião, o projeto ganha nome “CAPS EM AÇÃO” e são elaborados, coletivamente e corresponsavelmente, os seguintes objetivos SMART:

### Plano de ação PTS Coletivo.

Autoria: Luís Felipe Ferro

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COLETIVO – CAPS EM AÇÃO			
OBJETIVO SMART	AÇÃO	PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA	PRAZO
1- Realizar uma capacitação para a gestores da Saúde e interessados sobre o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e estratégias para implementação até outubro de 2021, no dia internacional da Saúde Mental.	i) Organizar estrutura do curso e material de divulgação	Professores da Universidade e estudantes	Setembro de 2021
	ii) Ministras curso	Professores da Universidade e estudantes	Outubro de 2021
	iii) Divulgar a garantir a presença de diferentes gestores da Saúde	Gestão de Jemabelândia	Outubro de 2021
2- Acionar o Ministério Público até outubro de 2021 para mobilizar a implementação do CAPS	i) Produzir ofício para encaminhamento ao Ministério Público	Profissionais Moradia Primeiro e representante Associação	Setembro de 2021
	ii) Encaminhar ofício, solicitando providências para a implementação do CAPS no município de Jemabelândia, ao Ministério Público	Associação	Outubro de 2021

3- Construir campanha sobre a importância do Centro de Atenção Psicossocial no campo da Saúde Mental, com ao mínimo duas postagens semanais nos anos de 2021 e 2022.	i) Elaboração do conteúdo virtual	Professores da Universidade e estudantes	Constante – início em setembro de 2021 e término em dezembro de 2022
	ii) Divulgação do conteúdo em redes sociais	Associações, Universidade e gestão de Jemabelândia	Constante – início em setembro de 2021 e término em dezembro de 2022
4- Produzir vídeos sobre o CAPS até dezembro de 2021 para ampla divulgação em redes sociais e encaminhamento para imprensa	i) Produzir vídeo sobre CAPS	Gestão de Jemabelândia	Dezembro de 2021
	ii) Divulgação do vídeo em redes sociais e na imprensa	Todos do coletivo	Dezembro de 2021
5- Garantir recursos financeiros e estruturais para a implementação do CAPS até 2022	i) Garantir terreno público para a construção do CAPS	Gestão de Jemabelândia	Dezembro de 2021
	ii) Enviar projeto para o Ministério da Saúde	Gestão de Jemabelândia	2022
	iii) Garantir recurso de emenda parlamentar para a construção do CAPS	Representantes do poder legislativo	Outubro de 2021

Enquanto estrutura para o desenvolvimento das ações, ainda, é criado o Coletivo de Luta Antimanicomial e Cuidado Comunitário (CLAC), com encontros mensais para (re)discutir e (re)pactuar ações diversas, avaliando e reavaliando a implementação das ações do projeto.

## SUGESTÃO

Os materiais abaixo apresentam maiores informações sobre formas para promover ações advindas de Projetos Terapêuticos Singulares Coletivos e de defesa de direitos humanos, sistematizando informações sobre o controle social e variadas instituições de controle.



### Controle Social e Participação Popular

[http://www.saude.ufpr.br/portal/terapiaocupacional/wp-content/uploads/sites/5/2021/02/AF\\_cartilha\\_EBOOK\\_FINAL.pdf](http://www.saude.ufpr.br/portal/terapiaocupacional/wp-content/uploads/sites/5/2021/02/AF_cartilha_EBOOK_FINAL.pdf)



### Controle Social e Conferências de Saúde

[https://drive.google.com/file/d/1fJL\\_MpZYzLsKelERbAhJjpWJrrMljpnY/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1fJL_MpZYzLsKelERbAhJjpWJrrMljpnY/view?usp=sharing)

**SUGESTÃO:** Os vídeos abaixo apresentam em maiores detalhes: o que é o Ministério Público e como acioná-lo; O que é o controle social e formas estruturadas para fortalecer esta prática democrática, foco dado ao campo da Saúde.



<https://www.youtube.com/watch?v=hNpZegQ06Wo&t=2s>



<https://www.youtube.com/watch?v=sXw2ZiZl-xo>

Ressalta-se que tal empreitada, neste exemplo situado na procura pela implementação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no fictício município de Jemabelândia, pode, e deve, tomar extensão em diferentes áreas que promovam a vida comunitária. Neste sentido, projetos e ações interinstitucionais e em rede, estabelecidas e promovidas por profissionais das equipes de cuidado Moradia Primeiro (*Housing First*), que promovam a inclusão dos moradores no trabalho, em esportes, em ações culturais, na vida religiosa etc., são possibilidades concretas para garantir e construir, coletivamente, a vida domiciliada e comunitária.

## 4.2.1. ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E SAÚDE MENTAL: POTENCIALIDADES E CONTRIBUIÇÕES PARA OS PROJETOS MORADIA PRIMEIRO (HOUSING FIRST)

**A**s atuais propostas da Política Nacional de Saúde Mental, no que concerne a oferta e a estruturação de serviços que proporcionem o cuidado comunitário de pessoas em sofrimento mental, vêm possibilitando um amplo e fértil terreno para a proliferação da prática do Acompanhamento Terapêutico (PITIÁ; FUREGATO, 2009; ESTELLITA-LINS; OLIVEIRA; COUTINHO, 2009; RIBEIRO, 2009; FERRO *et al.*, 2018).

Embora diferentes experiências embrionárias tenham tomado lugar já na primeira metade do século XX, recebendo, em seu processo histórico, denominações diversas, tais como amigo qualificado, atendente terapêutico, atendente psiquiátrico, auxiliar psiquiátrico, é somente no final da década de 1970 que um consenso vai sendo paulatinamente formado quanto à denominação Acompanhamento Terapêutico (AT) (NOGUEIRA, 2009; ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA E COUTINHO, 2009).

Em sua proposta, o Acompanhamento Terapêutico (AT), na figura do acompanhante terapêutico (at), estrutura possibilidades de cuidado singularizadas a cada caso, articulando diferentes demandas dos sujeitos atendidos a possibilidades familiares, comunitárias e territoriais. Em contraponto crítico ao modelo clínico e ambulatorial de cuidado em Saúde Mental, o AT assume, enquanto seu objeto de trabalho, a relação vivencial e concreta do sujeito atendido em seu percurso junto a um território vivo e orgânico (HOLANDA; BENATTO; FERRO, 2020).

Neste sentido, o acompanhante terapêutico (at) transpassa muros clínicos, estruturando, de maneira parceira com o acompanhado, estratégias e intervenções que promovam cuidado em situações concretas de vida experienciadas, buscando, em todo o percurso, a construção de sua participação social e autonomia (BARRETO, 1998).

A partir da proposta desta outra clínica, itinerante, cotidiana e fenomenicamente inserida, o AT constrói suas práticas de cuidado, aliando, indissociavelmente, suas intervenções às demandas, desejos e projetos de vida de seus acompanhados, analisando e se utilizando, nesta composição singular, de diferentes potências familiares, territoriais e comunitárias (ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA E COUTINHO, 2009).

A partir da primeira unidade deste capítulo, no que tange aos projetos Moradia Primeiro (*Housing First*), seus objetivos e propostas, torna-se evidente a ampla necessidade de recursos humanos que direcionem suas práticas às realidades vivenciadas pelos moradores em seu processo da construção da vida domiciliada e comunitária. Neste

sentido, a base estrutural e conceitual própria ao Acompanhamento Terapêutico assume sua potência contributiva para os projetos Moradia Primeiro.

Se, por um lado, o AT proporciona campo conceitual e pragmático para guiar o trabalho realizado diretamente pelas equipes de cuidado Moradia Primeiro, por outro, convoca-as a, estrategicamente, executar ações que promovam, cada vez mais, a constituição de parcerias que possibilitem a ampliação de recursos humanos para a oferta de AT. Neste sentido, por sua característica de trabalho singularizada, o AT se torna um dispositivo, em vários sentidos, precioso.

Ferro *et al.* (2018) apontam diferentes das barreiras vivenciadas em contexto brasileiro para disponibilização, enquanto políticas e ações públicas, do Acompanhamento Terapêutico. No artigo em tela, os autores destacam a dificuldade da disponibilização de recursos financeiros e humanos que, operacionalmente, viabilizem o AT.

Reconhecidamente, a maioria dos programas de Acompanhamento Terapêutico no SUS estão vinculados a Universidades (NOGUEIRA, 2009; SILVA, COSTA & NEVES, 2010; BENATTO, 2014). Em diferentes experiências retratadas pela literatura, o AT toma corpo por meio de práticas vinculadas a estágios obrigatórios ou projetos de extensão – nossa experiência junto ao dispositivo na Universidade Federal do Paraná reafirma tal quadro (FERRO *et al.*, 2018, p.69).

Neste sentido, afirmando ainda a importância do trabalho em rede, ressalta-se aqui a necessidade de intensa articulação territorial das equipes Moradia Primeiro para o estabelecimento de parcerias diversas que viabilizem a ampliação da oferta de Acompanhamento Terapêutico aos moradores. Caberia, então, a busca e organização do time profissional para o estabelecimento de projetos parceiros com diferentes instituições territoriais.

Para além de estágios e projetos de extensão, Ferro *et al.* (2018) ainda explicitam possibilidades de conquista de parcerias, para a implementação do AT, com cursos de pós-graduação. Nogueira (2009) relata em sua experiência, ainda, a execução de um projeto de extensão realizado em parceria com a prefeitura municipal de Belo Horizonte, o qual, ao total, contou com vinte bolsas para estudantes de graduação, acompanhantes terapêuticos, com previsão, cada qual, de vinte horas semanais.

## PROCESSO DE TRABALHO

Articular esforços para o estabelecimento de parcerias com diferentes instituições, tais como faculdades, Universidades, cursos de pós-graduação, poder executivo etc. para a ampliação da oferta de Acompanhamento Terapêutico, possibilitando, com isso, maior apoio aos moradores atendidos pelos Projetos Moradia Primeiro (*Housing First*).

A meta da conquista de parcerias que viabilizem a ampliação da oferta de AT, contudo, convocará, inevitavelmente, a equipe de cuidado dos projetos Moradia Primeiro a

estruturar seus recursos humanos para maximizar a potência do dispositivo. Para tanto, é importante compreender o processo de trabalho próprio ao AT estabelecido por meio de parcerias institucionais diversas.

A partir da conquista de parcerias, sejam em quais formatos acima delineados ou outros ainda mais criativos, diferentes recursos humanos ingressarão de maneira parceira para apoiar as ações desenvolvidas pela equipe Moradia Primeiro (*Housing First*). Tais recursos humanos, contudo, podem ser restritos a determinadas configurações da parceria: estágios de somente um semestre; bolsistas ou voluntários em projetos de extensão de um ou dois anos; ingressantes com ou sem propriedade sobre o Projeto Moradia Primeiro (*Housing First*) ou mesmo sobre o próprio dispositivo Acompanhamento Terapêutico; etc.

Neste sentido, é importante que as equipes Moradia Primeiro, ao estabelecer projetos parceiros com instituições diversas, tenham clareza sobre as especificidades próprias à configuração do ingresso de tais recursos humanos. Dessa forma, é aconselhável a edificação de estratégias que possibilitem o rápido ingresso e apropriação das propostas dos Projetos Moradia Primeiro e do AT, tais quais: ministração de cursos iniciais sobre os temas, pré-requisitos para a inserção no projeto; inserção dos temas em aulas curriculares; etc.

Tais estratégias, para além de proporcionar o ingresso com maior propriedade dos recursos humanos do AT, maximizando a potência de suas ações junto aos moradores atendidos, possibilitarão uma formação ampliada e aplicada, que garanta, ainda, o fortalecimento dos projetos Moradia Primeiro (*Housing First*) implementados nas variadas localidades brasileiras.

## PROCESSO DE TRABALHO

Estabelecer estratégias criativas que proporcionem aos recursos humanos ingressantes para o exercício do Acompanhamento Terapêutico, formação e apropriação do trabalho.

Ao momento do ingresso dos recursos humanos, agora já mais bem instrumentalizados sobre as propostas dos projetos Moradia Primeiro e da estrutura e prática própria ao Acompanhamento Terapêutico, é necessário que a equipe Moradia Primeiro, ainda, organize-se para apresentar e vincular os ats aos casos de maneira cuidadosa. Neste sentido, em primeiro momento, cabe à equipe de cuidado apresentar dados sobre os casos a serem acompanhados ao at ingressante, garantindo a propriedade do at, inclusive, sobre os objetivos terapêuticos traçados de maneira parceira com os moradores.

Para operacionalizar a vinculação dos ats aos moradores e, com isso, dar início ao trabalho próprio ao AT, algumas estratégias podem ser sugeridas, tais quais: visitas domiciliares e/ou reuniões conjuntas entre morador, at e equipe já atuante; saídas e passeios compartilhados a espaços já estabelecidos na rotina dos moradores, etc.

**IMPORTANTE:** é imprescindível envolver, a todo momento do processo e de maneira pactuada, os moradores, articulando e vinculando cuidadosamente o at ingressante.

### PROCESSO DE TRABALHO

Promover vinculação cuidadosa dos ats aos casos por meio de estratégias diversificadas e criativas, estabelecidas de maneira pactuada com os moradores.

Contando com a inserção dos recursos humanos do AT na equipe Moradia Primeiro, é importante garantir carga horária para sua participação em reuniões de equipe e/ou horários de supervisão, de maneira que toda a equipe possa acompanhar e se atualizar sobre as ações desenvolvidas e a (re)pactuação de objetivos terapêuticos diversos.

### PROCESSO DE TRABALHO

Acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas pelo AT por meio de horários de supervisão estudantil e/ou reuniões de equipe.

Finalmente, à equipe de cuidado dos Projetos Moradia Primeiro, cabe a propriedade a respeito das limitações do projeto que proporcionou o ingresso do AT, analisando a duração da atuação dos recursos humanos advindos da parceria. Desta maneira, é importante o cuidado da equipe com os usuários no processo de desvinculação dos ats. Nestas situações, é aconselhável constantemente sinalizar aos moradores a duração do processo de AT, resgatando seus objetivos e períodos de término.

### PROCESSO DE TRABALHO



• 1- Articular esforços para o estabelecimento de parcerias com diferentes instituições para a ampliação da oferta de Acompanhamento Terapêutico,



• 2- Estabelecer estratégias criativas que proporcionem aos recursos humanos ingressantes para o exercício do Acompanhamento Terapêutico, formação e apropriação do trabalho.



• 3- Promover vinculação cuidadosa dos ats aos casos por meio de estratégias diversificadas e criativas, estabelecidas de maneira pactuada com os moradores.



• 4- Acompanhamento sistemático das ações desenvolvidas pelo AT por meio de horários de supervisão estudantil e/ou reuniões de equipe.



• 5- Acompanhamento próximo, pela equipe Moradia Primeiro, do processo de término do Acompanhamento Terapêutico, organizando intervenções que garantam o cuidado do processo de desvinculação do at.

Tal processo de trabalho, por certo, potencializará sobremaneira o cuidado ao morador e a construção de sua vida domiciliada e comunitária.

## 4.2.2. MORADIA PRIMEIRO (HOUSING FIRST) E A INCLUSÃO SOCIAL PELO TRABALHO

A atual política nacional de Saúde Mental brasileira, conhecida como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), procura organizar diferentes recursos para proporcionar cuidado comunitário a diferentes pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017).

Sensível a diferentes fatores condicionantes do processo saúde-doença no campo da Saúde Mental, a RAPS, como visto acima, direciona esforços no sentido de construir ações que possam intervir em situações da vida humana relacionadas a processos de sofrimento mental (BRASIL, 2017; AMARANTE; NUNES, 2018). Um destes fatores diz respeito ao sofrimento vivenciado por seu público-alvo no que tange à exclusão do trabalho (BRASIL, 2017).

Tal exclusão, para além de prejudicar o exercício de um dos principais papéis da vida adulta, fragiliza ainda mais as pessoas em sofrimento mental pelo alijamento quanto às possibilidades tanto de construção de relações humanas, como de geração de renda (FERRO; PINTO; BURNAGUI, 2019).

Desta forma, a RAPS prevê como um de seus objetivos específicos:

IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária (BRASIL, 2017).

Ainda, afirmando seu compromisso em compor estratégias de enfrentamento da exclusão social pelo trabalho de seu público-alvo, a RAPS regulamenta, como um de seus componentes, as Estratégias de Reabilitação Psicossocial, constituídas como “iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais”. Detalhando tal componente, a Portaria 3.088/11, com conteúdo atualmente republicado pela Portaria de consolidação n. 3/17, expõe:

§ 1º As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial desenvolvidas em iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais têm como objetivo a inclusão produtiva, a formação e a qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas.

§ 2º As iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais de que trata o §1º deste artigo

devem articular sistematicamente as Redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares. (BRASIL, 2017)

A portaria em tela, desta forma, regulamenta de maneira normativa uma profícua parceria amadurecida durante as décadas de 1990 e 2000, em contexto brasileiro, entre os campos da Saúde Mental e da Economia Solidária (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

### CONCEITO

A Economia Solidária é um tipo de organização societária do trabalho pautada na cooperação, solidariedade, autogestão e respeito ao meio ambiente e ao ser humano. Em sua proposta operacional, a partir da apropriação coletiva dos meios de produção, organiza trabalhadores por meio de grupos, cooperativas de trabalho e de crédito, clubes de troca, redes, etc. com o intuito de promover a geração de trabalho e renda. Nestas iniciativas, os trabalhadores se organizam democraticamente e decidem os rumos do empreendimento.

Os trabalhadores do grupo *Brothers Madeira*, apresentado na primeira unidade deste capítulo na discussão do caso do Sr. Aroldo, podem, por exemplo, optar por reservar, a cada venda, 10% do lucro para comprar novos equipamentos. Podem optar por procurar expandir a venda para outros municípios etc. Em iniciativas pautadas na Economia Solidária, as decisões são tomadas pelos trabalhadores e não há dono do empreendimento. Todo o lucro é dividido entre os trabalhadores, de acordo com normas por eles determinadas. Em um empreendimento, por exemplo, os trabalhadores podem optar por dividir o lucro de acordo com as horas trabalhadas, em outro pela produção.

Em atual contexto brasileiro, contudo, diferentes dificuldades são enfrentadas cotidianamente na interface entre Economia Solidária e Saúde Mental para possibilitar a geração de trabalho e renda para pessoas em sofrimento mental. Ferro, Franzoloso e Burnagui (2020) relatam que tais barreiras são vivenciadas...

(...) de maneira generalizada em toda a cadeia produtiva dos empreendimentos, perpassando a carência de insumos, de equipamentos e espaços para a produção e comercialização, até a falta de capacitação de seus trabalhadores, tanto para o desenvolvimento da atividade produtiva, como para a condução gerencial do empreendimento (FERRO; FRANZOLOSO; BURNAGUI, 2020, p. 472).

No que tange aos projetos Moradia Primeiro (*Housing First*), diferentes dos moradores acompanhados por suas equipes de cuidado precisarão de suporte diverso para promover sua inclusão produtiva. Neste sentido, inicialmente, cabe aos profissionais o

levantamento de dados diversos sobre os moradores, sistematizando dados sobre suas aptidões, formações e projetos futuros para o exercício profissional.

### PROCESSO DE TRABALHO

Levantamento de dados sobre aptidões, formações e projetos futuros para o exercício profissional.

Ainda, é importante compreender que variadas dificuldades individuais, orgânicas, simbólicas, afetivas, relacionais, instrumentais, familiares, comunitárias, entre outras, podem se fazer presentes de maneira singular em cada um dos casos atendidos e exigir, da equipe de cuidado, intervenções e apoios concretos para garantir a construção da inclusão comunitária do atendido. Neste sentido, históricos de violências vivenciadas; comprometimento da autoestima, por razões de situações e experiências das mais variadas ordens; dificuldades quanto ao manejo de dinheiro; situações de recaídas ou crises; quadros de delírio e variados quadros orgânicos; situações de comprometimento cognitivo; falta de instrumental para lidar com tecnologias necessárias ao processo de trabalho, seja em sua produção ou comercialização; dificuldades em relações interpessoais; vivência de situações de preconceito; quadros de deficiência diversificados; são algumas das diferentes situações que podem tomar lugar e que exigem que as equipes de cuidado Moradia Primeiro (*Housing First*) organizem todo seu instrumental de intervenções possíveis, de maneira sempre pactuada com os moradores atendidos, para dar suporte concreto aos seus processos de inclusão social pelo trabalho.

### PROCESSO DE TRABALHO

Analisar com cuidado as singulares dificuldades e barreiras dos moradores atendidos no que tange à sua participação comunitária e produtiva, elaborando em equipe e, sempre de maneira conjunta com os moradores, intervenções para ampliar sua inclusão social pelo trabalho.

Em posse de dados sobre aptidões e históricos laborais, assim como de possíveis dificuldades a serem enfrentadas, a equipe de cuidado Moradia Primeiro será, conseqüentemente, convocada a explorar o território, procurando diferentes possibilidades de apoio para garantir a formação e a inclusão produtiva dos moradores. Neste âmbito, o levantamento de cursos gratuitos, de baixo custo e/ou que se conjuguem às possibilidades financeiras dos moradores se faz mister.

Cabe ressaltar aqui a necessidade de pactuação e envolvimento constante dos moradores atendidos neste processo, de maneira a construir conjuntamente ações e intervenções que possam promover sua inclusão pelo trabalho.

Para garantir a prosperidade deste percurso, contudo, diferentes autores advogam a respeito da importância da constituição e manutenção de redes locais regionais de Economia Solidária, as quais, ao congregarem variadas instituições e pessoas, possibilitam a organização conjunta de intervenções que possam

fortalecer a inclusão produtiva e a geração de trabalho e renda.

Formalizadas juridicamente ou não, as redes de Economia Solidária são compostas por múltiplas instituições e atores sociais ligados aos mais diversos segmentos da sociedade. A partir da pluralidade de seu desenho organizacional, próprio a cada experiência locorregional, (...) as redes possibilitam a prática mútua da cooperação, a constituição de cadeias produtivas e o desenvolvimento de variadas ações compartilhadas entre seus membros, fortalecendo, desta forma, os empreendimentos solidários (FERRO; FANZOLOSO; BURNAGUI, 2020, p. 472).

Conforme exposto no decorrer da apresentação dos casos, na primeira unidade deste capítulo, toda uma rede de instituições e ações comunitárias que orquestravam forças para promover a inclusão social pelo trabalho no campo da Saúde Mental foi acionada. Tal configuração possibilitou, nos exemplos fictícios, inserir prontamente os moradores em projetos de geração de trabalho e renda já em andamento, pautados na Economia Solidária.

Contudo, embora haja normativas da atual política nacional de Saúde Mental voltadas a destinar recursos, humanos e financeiros, à organização de iniciativas voltadas à geração de trabalho e renda, inclusive com diferentes dos Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Convivência e Cooperativa sediando ou apoiando grupos diversos, o quadro brasileiro é bastante plural. À equipe de cuidado Moradia Primeiro, neste sentido, caberá explorar o território e mobilizar parcerias diversas, inclusive, possivelmente, integrando e/ou mobilizando redes loco regionais de Economia Solidária e Saúde Mental que poderão servir de plataforma para a inclusão dos moradores acompanhados.

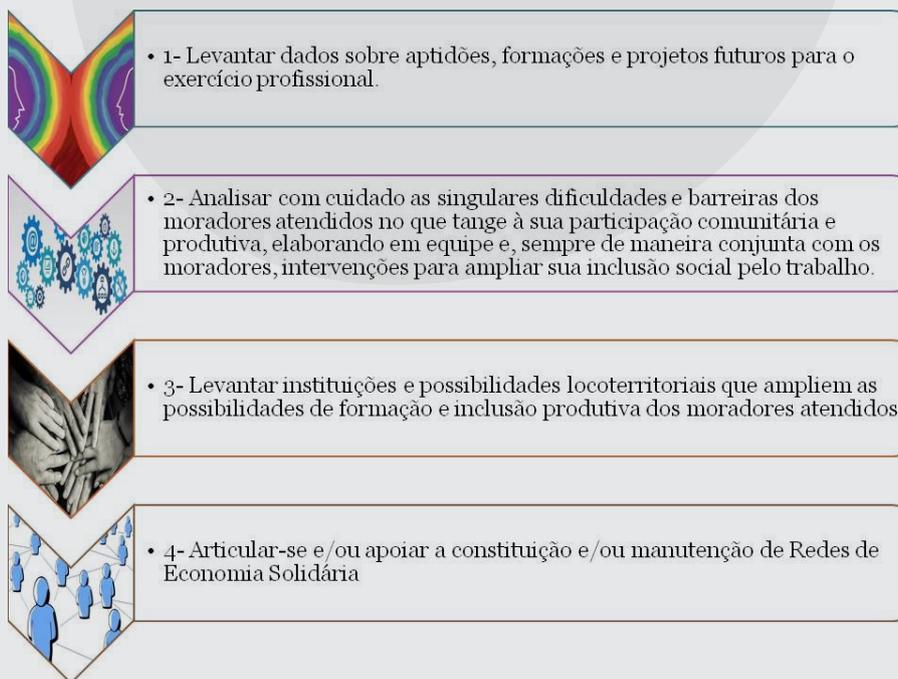
Quando as iniciativas de inclusão pelo trabalho, pautadas na Economia Solidária, são apoiadas por serviços de Saúde Mental e/ou incluem pessoas em sofrimento mental ou uso prejudicial de drogas, por exemplo, a organização dos trabalhadores dos empreendimentos muitas vezes é sensível às problemáticas vivenciadas por essa população, no que concerne aos momentos de crise e recaída. Dessa forma, tais empreendimentos vão se configurando de maneira a acolher tais episódios, desenvolvendo estratégias para garantir a continuidade da vinculação dos trabalhadores em sofrimento mental ao trabalho, mesmo após situações de crise/recaídas.

### **PROCESSO DE TRABALHO**

Levantar instituições e possibilidades locoterritoriais que ampliem as possibilidades de formação e inclusão produtiva dos moradores atendidos. Ainda, é importante a integração, diálogo e ou mobilização, pela equipe Moradia Primeiro, de redes locorregionais de Economia Solidária.

**Cabe ressaltar:** diferentes regiões brasileiras puderam desenvolver mais ou menos

as iniciativas de inclusão pelo trabalho ou mesmo redes locais situadas na interface entre Saúde Mental e Economia Solidária, mas várias delas ainda vivenciam cotidianamente problemáticas para possibilitar geração de renda que garanta subsistência e manutenção da vida humana (MORAES; CASTRO-SILVA, 2016; FERRO; CARDOSO; LOUREIRO, 2015; MARTINS, 2009). Neste contexto, a equipe de cuidado Moradia Primeiro pode encontrar mais ou menos facilidades para a inclusão pelo trabalho dos moradores, a depender das forças e quadros locais.



Caso o município no qual se instala o projeto Moradia Primeiro não esteja estruturado no que tange aos projetos de Economia Solidária e/ou Saúde Mental, ou mesmo caso o morador não queira se vincular a tais iniciativas, outra possibilidade é procurar empresas que estão contratando pessoas com o perfil profissional do morador: nos casos abordados na primeira unidade deste capítulo do Sr. Aroldo, marcenarias; no caso da Sra Edite, cantinas, restaurantes, cafés, etc.

Os trabalhadores Moradia Primeiro podem, ainda, procurar estabelecer parcerias com empresas diversas para a contratação profissional para responder à lei de cotas, caso o morador tenha qualquer deficiência. Existem em alguns municípios associações que mobilizam tais parcerias e possibilitam, inclusive, formações para que as pessoas com deficiência possam preencher tais vagas.

É importante, contudo, acompanhar de perto tal processo. Algumas instituições voltadas a possibilitar a inclusão social pelo trabalho se apoiam, para tal tarefa, na estratégia de “amigos do trabalho”. Por meio desta estratégia, pessoas sensibilizadas da empresa se tornariam pontos da equipe Moradia Primeiro para receber e acompanhar o ingresso e manutenção da pessoa no ambiente do trabalho. Tais pessoas, ainda, poderiam ser acionadas ou acionar a equipe Moradia Primeiro, caso percebessem alguma dificuldade no processo de inclusão pelo trabalho.

### 4.2.3. GESTÃO E MANEJOS DE CRISES E RECAÍDAS

Um dos maiores desafios para serviços destinados a prover cuidado no campo da Saúde Mental, como é o caso do projeto Moradia Primeiro (*Housing First*), é a gestão e manejo de crises e episódios de recaída.

É importante uma clareza inicial: transtornos mentais, com ou sem o uso prejudicial de álcool, *crack* e outras drogas, são condições crônicas. Todos os trabalhadores das equipes de cuidado Moradia Primeiro, ao assumirem isso, responsabilizam-se por acompanhar longitudinalmente os moradores, garantindo-lhes apoio técnico diverso, o que tende a diminuir, sobremaneira, tanto a frequência como os impactos negativos de episódios de crises psiquiátricas e/ou recaídas na vida dos moradores.

Anteriormente foram abordados, nos casos da Sra. Edite e do Sr. Aroldo, episódios de surto psicótico e recaídas, os quais cabe aqui sistematizar para contribuir no delineamento de diretrizes básicas que possam guiar o trabalho das equipes de Moradia Primeiro.

O primeiro ponto importante é o estabelecimento de vínculo com os moradores. Tal processo permitirá, como vimos acima, o delineamento de ações e projetos que promovam a qualidade de vida e que ampliem e fortaleçam relacionamentos sociais sadios e a vida humana. Essas intervenções, por si só, reduzirão vários dos episódios de sofrimento, que, em outras configurações, poderiam culminar em quadros de emergência psiquiátrica.

#### PROCESSO DE TRABALHO

Apoiar a ampliação de redes sociais de apoio dos moradores e desenvolver estratégias que ampliem sua circulação comunitária e sua qualidade de vida enquanto estratégias para diminuir sofrimento mental e possíveis crises psiquiátricas.

Ainda, a partir do vínculo, paulatinamente vai se criando um campo de compreensão e conhecimento mútuo entre trabalhadores e moradores. Neste sentido, ao se vincular, o profissional passa a conhecer melhor a pessoa, a compreender sensivelmente seus momentos de sofrimento, a identificar indícios do início de episódios agudos, a entender melhor seu processo de adoecimento e, com isso, percebe variadas informações antes acortinadas. Falas e movimentos acelerados, pensamentos delirantes/confusos e/ou obsessivos e repetitivos, mudanças de comportamento, alterações na concentração e memória, momentos de maior isolamento e silêncio, maior agressividade ou ansiedade, olhos avermelhados, perda de peso, pupilas maiores do que o normal, diminuição na produtividade, perda de interesses, a apresentação do corpo e do próprio ambiente doméstico em condições precárias de higiene e cuidado são todos sinais que o profissional Moradia Primeiro deve estar particularmente atento. Tais sinais, ainda, podem ser delineados objetivamente por diferentes profissionais e/ou familiares que já possuem histórico prévio com o morador.

**PROCESSO DE TRABALHO**

Acompanhar, a partir do vínculo estabelecido com o morador, seus processos de vida, tomando atenção a eventos, comportamentos ou episódios iniciais de sofrimento que possam culminar em episódios psiquiátricos agudos e/ou recaídas.

Estar atento(a) aos sinais de crises e recaídas possibilita a execução de intervenções precoces, as quais contribuem, sobremaneira, para evitar agravamentos dos casos. Neste sentido, estratégias como a execução de visitas mais frequentes e/ou acompanhamentos mais próximos do morador em seu cotidiano podem ser profícuas, estabelecidas de maneira pactuada com os moradores, para ampliar o conhecimento e apoio junto às situações vivenciadas. Aqui, ressalta-se a importância do acionamento de serviços de saúde mental parceiros, inclusive atualizando as informações aos seus profissionais e elaborando, conjuntamente, estratégias para apoio aos moradores.

**PROCESSO DE TRABALHO**

A partir da constatação de eventos, comportamentos ou episódios iniciais de sofrimento que possam culminar em episódios psiquiátricos agudos e/ou recaídas é importante ampliar o acompanhamento do morador, seja por meio de visitas mais frequentes, acompanhamento terapêutico em atividades cotidianas, dentre outras estratégias. É importante, também, acionar serviços de cuidado parceiros que acompanham os moradores.

Outro ponto a manejar com muito cuidado é a mudança de medicações psiquiátricas ou de suas doses. Preferencialmente, nestes casos, é importante, caso haja retaguarda de instituições parceiras, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) com leitos de internação, para que as mudanças sejam acompanhadas de perto pelos profissionais, inclusive, a depender do caso, com internação por breve período do morador. Quanto à equipe Moradia Primeiro, é importante ficar em estado de alerta nestas situações e ampliar substancialmente o número de visitas e o acompanhamento dos moradores, estratégias pactuadas de maneira prévia com os moradores.

**PROCESSO DE TRABALHO**

Acompanhar os moradores com maior proximidade por meio de visitas mais frequentes, ampliação do acompanhamento terapêutico em atividades cotidianas, dentre outras estratégias, em situações de mudanças de medicação e/ou dosagens. A depender do caso e das possibilidades dos serviços de saúde mental do território, ainda, pode ser estratégico acionar leitos psiquiátricos para internações de curta duração, possibilitando acompanhamento com mais proximidade dos efeitos advindos das mudanças de medicação.

Com os cuidados acima descritos, muitos dos possíveis episódios de agudização de quadros psiquiátricos e/ou recaídas poderão ser contornados. Contudo, cabe ressaltar que, mesmo com o acompanhamento e intervenções precoces, tais episódios poderão ocorrer e exigirão, da equipe dos projetos Moradia Primeiro, a

execução de estratégias diversificadas de cuidado.

Instaurado o episódio de recaída e/ou de agudização do quadro psiquiátrico, é importante que haja tentativas de negociações para que o morador possa ser encaminhado preferencialmente a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), ao CAPS, para um Hospital Geral da região que tenha leitos/unidades psiquiátricos ou, ainda, para Unidades de Estabilização Psiquiátrica ou Hospitais Psiquiátricos. Caso, o deslocamento do morador seja impossibilitado pelo quadro clínico, é essencial acionar prontamente o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192).

### PROCESSO DE TRABALHO

Procurar, por meio de manejo verbal, garantir apoio ao quadro agudo, garantindo, se necessário, o acompanhamento do morador a pontos de atenção da Saúde Mental voltados ao cuidado em emergências psiquiátricas. Caso o acompanhamento não seja possível, acionar SAMU-192.

À equipe de cuidado dos projetos Moradia Primeiro (*Housing First*), cabe proporcionar suporte em diferentes momentos para os moradores acompanhados. Em episódios psiquiátricos agudizados, as técnicas de manejo verbal da crise podem ser suficientes para contornar alguns dos casos e/ou garantir encaminhamento pactuado dos moradores a serviços de saúde que atendem emergências psiquiátricas. Contudo, vários podem ser os desafios vivenciados pela equipe de cuidado Moradia Primeiro.

Embora a lei 10.216/01, a qual dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, preveja a necessidade de organizar prioritariamente o tratamento por meio de serviços comunitários, seus preceitos são claros sobre as possibilidades da internação psiquiátrica, em casos nos quais “...os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. A lei, ainda, regulamenta três possibilidades de internação psiquiátrica, quais sejam: voluntária; involuntária e compulsória.

**Art. 6o** A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - Internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - Internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

**Art. 8o** A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual

pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Tais informações são importantes, pois, durante episódios de crise psiquiátrica, mesmo que a equipe Moradia Primeiro tenha conseguido, verbalmente, pactuar e concretizar o acompanhamento do morador para um dos pontos de atenção da RAPS para emergências psiquiátricas, pode ser que, de maneira equivocada e legalmente inadequada, os profissionais destes serviços informem que não podem realizar internações sem o consentimento do usuário. Nestes casos, é essencial a posse das informações acima para que a equipe Moradia Primeiro possa responsabilizar os profissionais do serviço pelo cuidado em Saúde Mental em momentos de crise.

Ainda, diferentes equipes do SAMU, em contexto brasileiro, possuem uma severa desorganização e falta de formação para o atendimento em Saúde Mental (BONFADA; GUIMARÃES, 2012; BRITO; BONFADA; GUIMARÃES, 2015. JARDIM; DIMENSTEIN, 2008). Desta forma, pode haver uma indefinição e/ou fragilidade de determinados processos de trabalho deste ponto de atenção no que compete à atuação em Saúde Mental, ainda mais em quadros psiquiátricos agudos acompanhados de episódios de agressividade e que apresentam a necessidade de articulação entre SAMU, Polícia Militar e/ou Corpo de Bombeiros (BONFADA, 2010).

Em alguns municípios brasileiros, os profissionais das equipes de cuidado Moradia Primeiro poderão, até mesmo, quando houver episódios de agressividade, encontrar a transferência de responsabilidade entre equipes de SAMU e da polícia militar. Em todos estes casos, infelizmente, pode ser que o desfecho, para situações nas quais a equipe Moradia Primeiro mais precise de apoio da rede de saúde mental, seja a negligência.

Em situações desta natureza, é necessário que a equipe Moradia Primeiro possa articular ações que promovam a garantia dos direitos dos moradores atendidos pelo projeto. Neste sentido, para além do pronto acionamento de variados órgãos e instituições de controle das ações e políticas públicas, é importante também a organização de Projetos Terapêuticos Singulares Coletivos (PTSc) que possam enfrentar e transformar a médio/ longo prazos, de maneira estrutural, tais problemáticas.

## PROCESSO DE TRABALHO

Promover ações imediatas para garantir os direitos de pronto atendimento do morador em momentos de crises psiquiátricas, acionando, se necessário, diferentes instituições de controle. Analisar e elaborar, ainda, Projetos Terapêuticos Singulares Coletivos que enfrentem, estruturalmente, as problemáticas vivenciadas.

## LITERATURA

O material abaixo sugerido apresenta orientações sobre formas de acionamento de diferentes instâncias de controle, as quais poderão auxiliar sobremaneira os profissionais das equipes Moradia Primeiro a solicitar providências para garantir os direitos das pessoas atendidas pelo projeto, ainda mais, em quadros de emergências psiquiátricas.



### Controle Social e Participação Popular

[http://www.saude.ufpr.br/portal/terapiaocupacional/wp-content/uploads/sites/5/2021/02/AF\\_cartilha\\_EBOOK\\_FINAL.pdf](http://www.saude.ufpr.br/portal/terapiaocupacional/wp-content/uploads/sites/5/2021/02/AF_cartilha_EBOOK_FINAL.pdf)

O Distrito Federal possui equipes específicas do SAMU-192 para atendimento a emergências em Saúde Mental, as quais possibilitam um cuidado mais especializado para quadros agudizados.



<https://www.youtube.com/watch?v=63pWBAEBoQM>

Cabe aos profissionais das equipes de cuidado Moradia Primeiro, ainda, conhecerem alguns dos protocolos para atendimento às crises psiquiátricas existentes, procurando analisar a conduta dos profissionais da saúde junto aos casos (CURITIBA, 2018; HC-UNICAMP, 2016; RIBEIRÃO PRETO, 2018). No que tange às ações de cuidado em quadros psiquiátricos agudizados, é comum senso entre os protocolos citados e diferentes autores que a abordagem procure inicialmente, de maneira empática e humanizada, desenvolver técnicas de contenção verbal (KONDO *et al.*, 2011; PAES; BORBA; MAFTUM, 2012). Neste sentido, Curitiba (2018) descreve como orientações a seus profissionais:

#### A. Contenção Verbal:

- Identifique-se;
- Chame o usuário pelo nome e repita-o várias vezes durante a abordagem;
- Comunique que está ali para ajudá-lo;
- Utilize frases curtas e claras, repetindo-as se necessário;
- Certifique-se de que o paciente está compreendendo o que está sendo dito;
- Mantenha distância adequada para sua proteção;
- Afaste “curiosos”;

- Explique, a cada procedimento, o que será realizado (não engane o paciente);
- Estimule-o a falar sobre como está sentindo a situação, procurando acalmá-lo e auxiliá-lo na percepção da realidade; (CURITIBA, 2018, p. 97)

O relacionamento terapêutico pode ser estabelecido com o uso de técnicas de comunicação terapêutica como ouvir reflexivamente, observação atenta e interpretação das mensagens verbal e não verbal, entre outras. Para que uma comunicação terapêutica ocorra o profissional deve ser direto, honesto, calmo, não-ameaçador e transmitir aos pacientes a ideia de que está no controle da situação, agir de forma decisiva para protegê-los de dano a si mesmo ou a terceiros, utilizando-se da empatia para planejamento e avaliação da intervenção (KONDO *et al.*, 2011 p. 503).

Logo, caso haja insucesso na abordagem/contenção verbal, os procedimentos de contenção física e química poderão ser acionados para dar suporte aos casos. (CURITIBA, 2018; HC-UNICAMP, 2016; RIBEIRÃO PRETO, 2018).

A contenção física é utilizada em situações em que o paciente está em intensa agitação e com manifestação de comportamentos agressivos, porém só deve ser usada quando as tentativas iniciais de intervenção verbal não forem suficientes, sendo indicada principalmente para pacientes com risco de agressão física a si próprio ou a outros (KONDO *et al.*, 2011, p. 505-6).

Como vimos na primeira unidade deste capítulo, no caso da Sra. Edite, o acompanhamento cuidadoso da equipe Moradia Primeiro dos episódios de internação psiquiátrica se faz essencial para a construção e fortalecimento do vínculo com o morador. Neste sentido, ressalta-se aqui a importância de ampliar o número de visitas da equipe de cuidado Moradia Primeiro (*Housing First*) durante a internação nas instituições de saúde mental, planejando e pactuando, junto com o morador (assim que possível) e com os profissionais do serviço, como se dará a alta e o acompanhamento longitudinal da pessoa após a internação.

## PROCESSO DE TRABALHO

Realizar visitas ao morador durante sua internação em instituições de Saúde Mental. É importante, ainda, que a equipe de cuidado Moradia Primeiro discuta sobre as possíveis ações e pactuações a serem desenvolvidas, com o morador e equipe da instituição de saúde, construindo, paulatinamente a alta.

Ao momento do regresso do morador à sua casa, é importante manter o estado de alerta, organizando, com ele, como se darão as futuras visitas e ações de acompanhamento terapêutico. Durante estes momentos, ainda, é essencial procurar

compreender quais foram os fatores gatilhos para o episódio, traçando, de maneira parceira com o morador, estratégias para contornar tais situações e evitar, assim, novos momentos de sofrimento e/ou recaída.

- 

•1- Apoiar a ampliação de redes sociais de apoio dos moradores e desenvolver estratégias que ampliem sua circulação comunitária e sua qualidade de vida enquanto estratégias para diminuir sofrimento mental e possíveis crises psiquiátricas.
- 

•2- Acompanhar, a partir do vínculo estabelecido com o morador, seus processos de vida, tomando atenção a eventos, comportamentos ou episódios iniciais de sofrimento que possam culminar em episódios psiquiátricos agudos e/ou recaídas.
- 

•3- A partir da constatação de eventos, comportamentos ou episódios iniciais de sofrimento que possam culminar em episódios psiquiátricos agudos e/ou recaídas é importante ampliar o acompanhamento do morador, seja por meio de visitas mais frequentes, acompanhamento terapêutico em atividades cotidianas ou outras estratégias.
- 

•4- Acionar serviços de cuidado parceiros que acompanham os moradores em casos de percepção de eventos, comportamentos ou episódios iniciais de sofrimento que possam culminar em episódios psiquiátricos agudos e/ou recaídas.
- 

•5- Acompanhar os moradores com maior proximidade por meio de visitas mais frequentes, ampliação do acompanhamento terapêutico em atividades cotidianas, dentre outras estratégias, em situações de mudanças de medicação e/ou dosagens.
- 

•6- Acionar leitos psiquiátricos para internações de curta duração, caso possível e necessário, possibilitando acompanhamento com mais proximidade dos efeitos advindos das mudanças de medicação
- 

•7- Procurar, por meio de manejo verbal, garantir apoio ao quadro agudo, garantindo, se necessário, o acompanhamento do morador a pontos de atenção da Saúde Mental voltados ao cuidado em emergências psiquiátricas. Caso o acompanhamento não seja possível, acionar SAMU-192.
- 

•8- Promover ações imediatas para garantir os direitos de pronto atendimento do morador em momentos de crises psiquiátricas, acionando, se necessário, diferentes instituições de controle. Analisar e elaborar, ainda, Projetos Terapêuticos Singulares Coletivos que enfrentem, estruturalmente, as problemáticas vivenciadas.
- 

•9- Realizar visitas ao morador durante sua internação em instituições de Saúde Mental. É importante, ainda, que a equipe de cuidado Moradia Primeiro discuta sobre as possíveis ações e pactuações a serem desenvolvidas, com o morador e equipe da instituição de saúde, construindo, paulatinamente a alta.
- 

•10- Intensificar o acompanhamento terapêutico e as visitas, de maneira a garantir apoio após a internação.
- 

•11- Identificar fatores gatilhos da recaída e/ou crise, elaborando, junto com o morador, estratégias para contornar situações que possam novamente culminar em episódios de sofrimento e/ou recaídas.

Finalmente, cabe abordar a possível vivência, por razões variadas, seja ou não em momentos de crise psiquiátricas e/ou recaídas, do desaparecimento dos moradores acompanhados por profissionais da equipe Moradia Primeiro (*Housing First*).

Para guiar as ações a serem desenvolvidas em casos de desaparecimento, o município de São Paulo elaborou em 2016 uma cartilha-guia, a qual apresenta passos estruturados para lidar com situações desta ordem (SÃO PAULO, 2016). Enquanto fluxograma, o material sugere os passos descritos na figura.



Fig. – Fluxograma passo a passo – SÃO PAULO (2016, p. 10-1)

Segundo o material, o primeiro e imediato caminho é registrar um Boletim de Ocorrência (BO), procedimento que comunica oficialmente ao poder público o desaparecimento de pessoas. Alguns municípios possuem delegacias especializadas em desaparecimentos. Cabe aos profissionais das equipes Moradia Primeiro levantarem os dados para dar encaminhamento ao BO no município no qual o projeto é implementado e dar pronto andamento ao registro do Boletim de Ocorrência.

Conforme ressalta a cartilha (SÃO PAULO, 2016), ao fazer o BO...

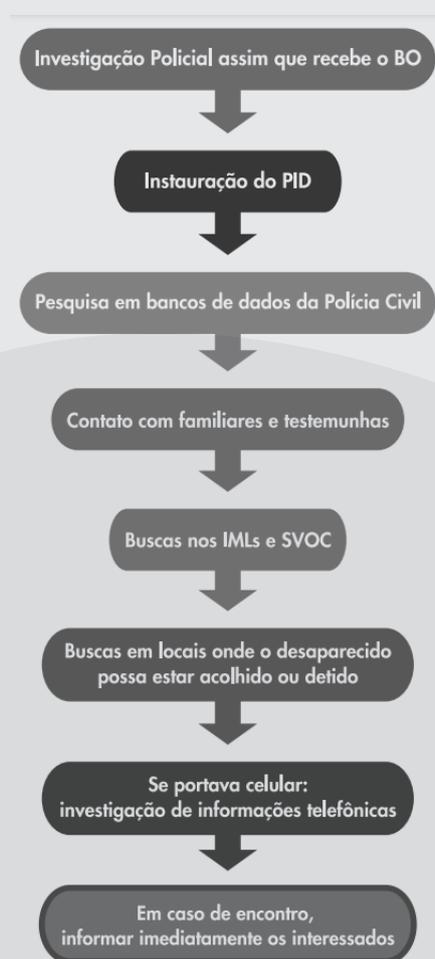
...é importante que constem no BO todas as informações do desaparecido que possam auxiliar na investigação:

- Características físicas;
- Cicatrizes, marcas de nascença, tatuagens, piercings, pintas visíveis, próteses etc.;
- Roupas e pertences pessoais usados na última vez em que foi visto/a;
- Hábitos e estado emocional recente;
- Último lugar em que foi visto/a;
- Dados do aparelho celular, se for o caso;
- Contexto do desaparecimento: qual o último lugar em que a pessoa foi vista, como ela estava vestida, para onde ela estava indo, com quem ela estava, etc. (SÃO PAULO, 2016, p.13)

O documento, ainda, apresenta informações importantes, resgatando que não é verídica a informação da necessidade, para fazer o registro do BO, de que seja transcorrido um determinado número de horas. O material, ainda, relata que, no momento do registro do BO, o RG da pessoa desaparecida é bloqueado e que uma...

...investigação policial realiza uma série de cruzamentos de dados, por exemplo, nas bases do sistema carcerário, para saber se a pessoa está detida ou passou por alguma unidade do sistema de segurança pública do estado de São Paulo e nas bases da Polícia Federal, que controlam as fronteiras e a passagem de pessoas por portos, aeroportos etc. As informações também podem ser cruzadas com outras instâncias, a depender do caminho que a investigação tomar.

Enquanto fluxo de trabalho, a cartilha ainda apresenta:



Procedimentos de investigação que devem ser realizados pela polícia civil – São Paulo (2016, p. 17) .

Quanto ao segundo passo descrito na figura, conforme proposto por São Paulo (2016), é importante que a equipe Moradia Primeiro (*Housing First*) levante dados sobre instituições públicas locais que possam auxiliar na busca do morador desaparecido. São Paulo (2016) apresenta alguns dos órgãos públicos situados na

cidade de São Paulo, destinados a apoiar a busca de desaparecidos.

Enquanto terceiro passo, São Paulo (2016) orienta a procura, já nos primeiros dias, pelo Instituto Médico Legal (IML) e, no caso do município de São Paulo, pelo Serviço de Verificação de Óbitos na Capital (SVOC), para eliminar/constatar a eventual possibilidade de falecimento do morador.

Todos os corpos que aparentemente não tenham sido localizados pelos familiares são chamados de não reclamados. Os não reclamados podem ser identificados, ou seja, portavam documento quando faleceram ou desconhecidos, ou seja, não identificados com documentos como RG e CPF ou por outra técnica de identificação.

Os corpos de pessoas não reclamadas, identificadas ou não, permanecem nas unidades dos IMLs por até três dias e no SVOC por até 10 dias. É nesse período que as famílias podem encontrar a pessoa desaparecida e evitar que seu corpo seja enviado para o cemitério ser enterrado como não reclamado. (SÃO PAULO, 2016, p. 24).

Por sua vez, quanto ao quarto passo apresentado, compete a busca em Hospitais e Pronto-Socorros. Neste passo, São Paulo (2016) sugere o acionamento de ouvidorias vinculadas às Secretarias Municipais de Saúde, procurando informações sobre o caso em prontos-socorros diversos. Tal estratégia, contudo, não abarcará hospitais estaduais e particulares. Para tanto, sugere-se o contato com ouvidorias vinculadas às Secretarias Estaduais de Saúde, perguntando sobre os procedimentos para a busca, e o contato direto com hospitais particulares das regiões nas quais o morador costuma circular.

Quanto ao quinto passo, São Paulo (2016) afirma a importância da divulgação do desaparecimento do morador...

...ao máximo de pessoas possível, principalmente nos locais que ele/a costumava frequentar. Vale à pena conversar com familiares, amigos/as, vizinhos/as, colegas de trabalho e qualquer conhecido/a que possa auxiliar na busca. Você também pode fazer postagens nas redes sociais, com foto e dados gerais do/a desaparecido/a. Evidentemente, esse passo pode acontecer assim que o desaparecimento da pessoa for percebido, mas é importante que isso não atrase o início dos passos listados anteriormente. Eles são essenciais para que os órgãos públicos possam formalmente dar início à busca o mais cedo possível (1º, 2º e 3º PASSOS), o que amplia as chances de localização. (SÃO PAULO, 2016, p. 38).

Nestas situações, é interessante que os profissionais se articulem com toda a rede de serviço que acompanha o morador, solicitando apoio para sua localização. Ainda, caso possível, é estratégico que os profissionais das equipes de cuidado Moradia Primeiro participem de variados grupos que congregam equipes profissionais diversas, o que, potencialmente, ampliará as chances de encontrar os moradores.

São Paulo (2016, p. 38-9) ainda apresenta diferentes instituições locais e nacionais voltadas a proporcionar apoio para a busca de pessoas desaparecidas.

- Mães da Sé – Associação de Busca e Defesa a Crianças Desaparecidas (ABCD)
  - Rua São Bento, nº 370 – 9º andar – Conjunto 91 – sala 02
  - Centro – São Paulo (SP) – CEP: 01010-001.
  - Fone: (11) 3337-3331 – e-mail: maesdase@globo.com
  - Site: [www.maesdase.org.br](http://www.maesdase.org.br)
  - Facebook: /maesdase
- Instituto Ana Paula Moreno de Reintegração Familiar – Impar
  - Av. Delfino Cerqueira, nº 409
  - Centro – Carapicuíba (SP) – CEP: 06.322-060.
  - Fone: (11) 99550-2095 - e-mail: [impar@impar.org.br](mailto:impar@impar.org.br)
  - Site: [www.impar.org.br](http://www.impar.org.br)
  - Facebook: /impar.pessoasdesaparecidas
- Mães em Luta!
  - Largo do Paissandú, nº 132 – 1º andar – Conjunto 12-A
  - Centro – São Paulo (SP) – CEP: 01.034-010.
  - Fone: (11) 3224-0935
  - Facebook: /maesemlutaONG
- Desaparecidos do Brasil
  - e-mail: [contato@desaparecidosdobrasil.org](mailto:contato@desaparecidosdobrasil.org)
  - Site: [www.desaparecidosdobrasil.org](http://www.desaparecidosdobrasil.org)
- Mães de Maio
  - e-mail: [maesdemaio@gmail.com](mailto:maesdemaio@gmail.com)
  - Site: [www.maesdemaio.blogspot.com.br](http://www.maesdemaio.blogspot.com.br)
  - Facebook: /maes.demaio

Finalmente, no sexto passo proposto por São Paulo (2016), o Reencontro, é importante que um novo Boletim de Ocorrência (BO), agora de encontro de pessoa, seja feito, caso esteja previsto no município/estado no qual se insere o projeto. É importante também avisar sobre o encontro às instituições que a Equipe Moradia Primeiro entrou em contato, possibilitando o reposicionamento de seus esforços para encontrar pessoas que ainda se encontram desaparecidas.

Por fim e, não menos importante, há a possibilidade de um morador ser desligado do programa. Como visto anteriormente (no tópico Contrato de adesão e regras de permanência), ao estabelecer os termos de adesão o morador ou moradora concorda com regras específicas para permanência na moradia.

A boa manutenção da moradia, das relações comunitárias e de vizinhança, o não engajamento em comportamentos que podem perturbar a ordem, bem como o aceite em receber as visitas, suporte e acompanhamento técnico da equipe são condições previamente discutidas antes da assinatura do acordo. Eventualmente

pode não se adaptar à situação e se desligar por desistência ou ainda pelo sistemático descumprimento dos acordos, ao ponto de criar uma circunstância que impossibilite a manutenção da moradia, por exemplo, em casos em que locadores decidam por romper o contrato de aluguel e pedir a entrega do imóvel.

É de absoluta importância saber que o modelo de intervenção é pensado para o atendimento de casos complexos. Como visto ao longo de todo capítulo, existem inúmeros desafios para a manutenção das moradias/moradores e por vezes os desafios enfrentados pelas pessoas podem ser extremamente complexos. Por isso, ainda que exista a possibilidade de desligamento, a conduta da equipe Moradia Primeiro deve ter seus esforços orientados para a permanência na moradia.

As regras servem para organizar e administrar a situação de moradia e não devem servir como uma forma de garantir o imediato desligamento caso elas sejam descumpridas. Em outras palavras, deve-se evitar ao limite das possibilidades a necessidade de desligar algum morador, visando esgotar todas as possibilidades de acompanhamento e cuidado.

Ao conceber este capítulo, optamos por configurá-lo de maneira a, paulatinamente, construir conhecimento sobre o projeto Moradia Primeiro de maneira aplicada, inicialmente, a alguns casos. Embora fictícios, várias das informações presentes nos casos da Sra. Edite e do Sr. Aroldo advêm de situações reais de vida de pessoas em situação de rua e/ou de pessoas em sofrimento mental que os autores do curso encontraram em sua trajetória profissional.

Na sequência, procurou-se delinear aspectos importantes para a construção e execução de Projetos Terapêuticos Singulares Individuais e Coletivos. Foram abordadas formas teórico-práticas para situar o dispositivo Acompanhamento Terapêutico junto aos projetos Moradia Primeiro (*Housing First*), procurando sedimentar teórico-praticamente práticas de apoio e construção da vida domiciliar a comunitária.

Devido à sua importância, foram situados projetos possíveis para a construção da inclusão social pelo trabalho, possibilitando geração de renda e convivência comunitária. Este capítulo, ainda, procurou orientar algumas nuances do processo de trabalho das equipes Moradia Primeiro (*Housing First*) no apoio a episódios psiquiátricos agudos e, finalmente, procurou contribuir na organização de práticas em momentos de possíveis desaparecimentos dos moradores.

Esperamos que o capítulo possa ter contribuído para ampliar a compreensão dos diferentes e singulares processos vivenciados pela população em situação de rua e para o vislumbre da potência do projeto Moradia Primeiro para construir novas e domiciliadas histórias de vida comunitária.

## CAPÍTULO 5 - SISTEMA DE AVALIAÇÃO

O *Housing First* (HF) tem os seus princípios muito claros e definidos. Enquanto falamos sobre a metodologia, repetimos diversas vezes que toda a estruturação do modelo se dá a partir de evidências, no que se refere às vantagens econômicas, políticas e sobretudo o impacto positivo na vida dos atendidos pelo programa. Sendo uma metodologia embasada em evidências, vale questionar como se dá esse embasamento e o levantamento de dados que gera tais informações. Trata-se de uma metodologia completa, onde cada ponto precisa ser costurado de forma estrutural, com o objetivo de avaliar e monitorar seus resultados, eficácia e bem como seus limites.

Com base nessas informações iniciais, mostraremos agora que tais evidências fazem parte de um estudo aprofundado que permite a criação de uma base de dados abrangente, e se dá por meio da avaliação contínua de todas as particularidades que compõem o programa *Housing First*, resultando na chamada “avaliação de resultados e impactos”. Essa última, por sua vez, se torna um marco fundamental do HF, sendo utilizada como ferramenta imprescindível para análise e melhoria de desempenho do programa, norteando e estabelecendo metas e objetivos para o mesmo.

O processo de avaliação serve de base para debates sobre políticas públicas voltadas à População em Situação de Rua (PSR) em diversos países, influenciando e delineando caminhos e objetivos a serem pleiteados.

A geração de evidências robustas e sistemáticas é um aspecto crucial no convencimento de gestores, possíveis patrocinadores e demais apoiadores do programa. Para além disso, tem-se mostrado fundamental para revelar como o modelo pode se adequar em distintos países. Mantendo seus princípios fundamentais, mas se adaptando à conjuntura social, habitacional, cultural e econômica em contextos particulares.

Essa adequação que citamos acima permite também que exista um poder de convencimento, utilizando as avaliações disponíveis no *Housing First*, para comparar e contrapor dados que abrangem os serviços existentes e estabelecidos em diversas localidades. Essa comparação traz uma característica adaptativa que permite traçar rotas alternativas e sobretudo a principal forma de aprender sobre o funcionamento sistemático da metodologia.

Por último e tão relevante quanto, os dados produzidos são capazes de apresentar números importantes tanto à gestão pública quanto à sociedade civil sobre a importância

da moradia como direito basilar para a dignidade humana e por meio do qual os outros direitos podem ser acessados e garantidos.

O processo avaliativo do modelo HF consiste na aplicação de questionários específicos que avaliam continuamente aspectos relativos ao desempenho da equipe de trabalho, fidelidade de aplicação da metodologia em si, mas principalmente no que diz respeito aos efeitos de sua prática na vida dos participantes. Essas avaliações seguem uma metodologia padronizada, fundamental para o levantamento de dados e tabulação de pesquisas, e conta com a possibilidade de adaptações aos contextos locais vividos em cada país, de acordo com demandas próprias e questões que sejam coerentes com a realidade local.

## 5.1. FUNÇÃO DA AVALIAÇÃO

O processo de avaliação possibilita criar ajustes necessários na implementação e manutenção do programa, seguindo passo a passo onde serão abordados os pontos importantes para o estudo, como: os fundamentos básicos, a metodologia, o público-alvo, o tempo de medição, a formação de equipes, até a aplicabilidade da avaliação propriamente dita.

Observe a imagem abaixo, que sintetiza objetivos da avaliação de resultados e impactos:

### OBJETIVOS DO PROCESSO AVALIATIVO NO HOUSING FIRST

Moradia Primeiro

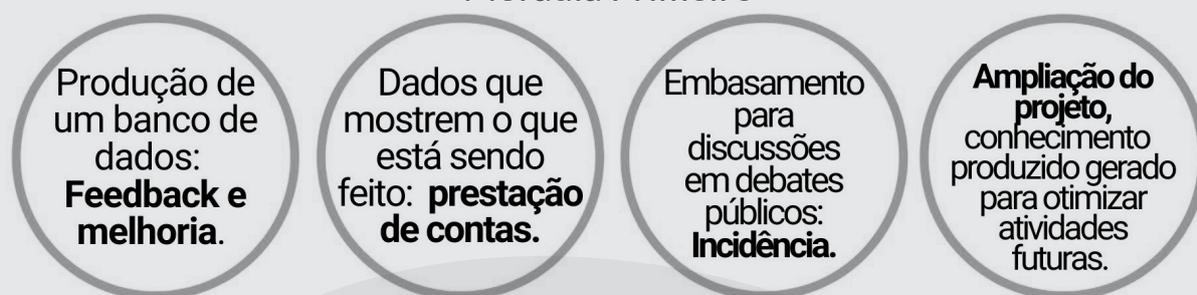


Imagem: INRua

De forma prática, podemos dizer que a avaliação tem como objetivo:

- Proporcionar a produção de um banco de dados durante as intervenções e permitir avaliar se os objetivos serão alcançados e quais serão esses objetivos: *Feedback e melhoria*.
- Oferecer dados que deixem claro o que está sendo feito no programa, como uma prestação de contas.
- Fornecer embasamento para discussões sobre o fenômeno da falta de moradia em debates públicos e na cena política: *Incidência*.
- Auxiliar na implementação e ampliação do projeto, aproveitando o conhecimento gerado para otimizar atividades futuras.

Os pontos apresentados abrangem todo o processo avaliativo do *Housing First* e a própria Avaliação de efetividade do programa, que consiste em relacionar os objetivos alcançados com as expectativas, avaliar se o serviço está dentro da metodologia, considerando a percepção das pessoas envolvidas no projeto.

Para que as funções descritas sejam contempladas dentro do processo avaliativo do HF, vale ressaltar a importância de uma metodologia bem aplicada, com a criação de uma base de dados alimentada periodicamente e baseada na realidade local.

Além de assertiva para a produção de evidências sobre a eficácia da metodologia, a avaliação pode elucidar as dificuldades e as limitações na implementação do projeto, auxiliando na reformulação dos objetivos a serem alcançados, de forma embasada e dentro das possibilidades viáveis para cada organização implementadora.

## 5.2. FOCO NO SISTEMA DE AVALIAÇÃO

**L**evando em conta a importância dos resultados da avaliação, a metodologia que envolve o processo avaliativo se dá de forma simples e prática, com base nos dados a seguir:

**Baseado no modelo:** a base que sustenta a avaliação do programa deve priorizar os processos de intervenção, além da aplicação de questionários que abranjam os princípios do programa, perfil dos atendidos, metodologia e processo de intervenção, ferramentas de trabalho e serviços;

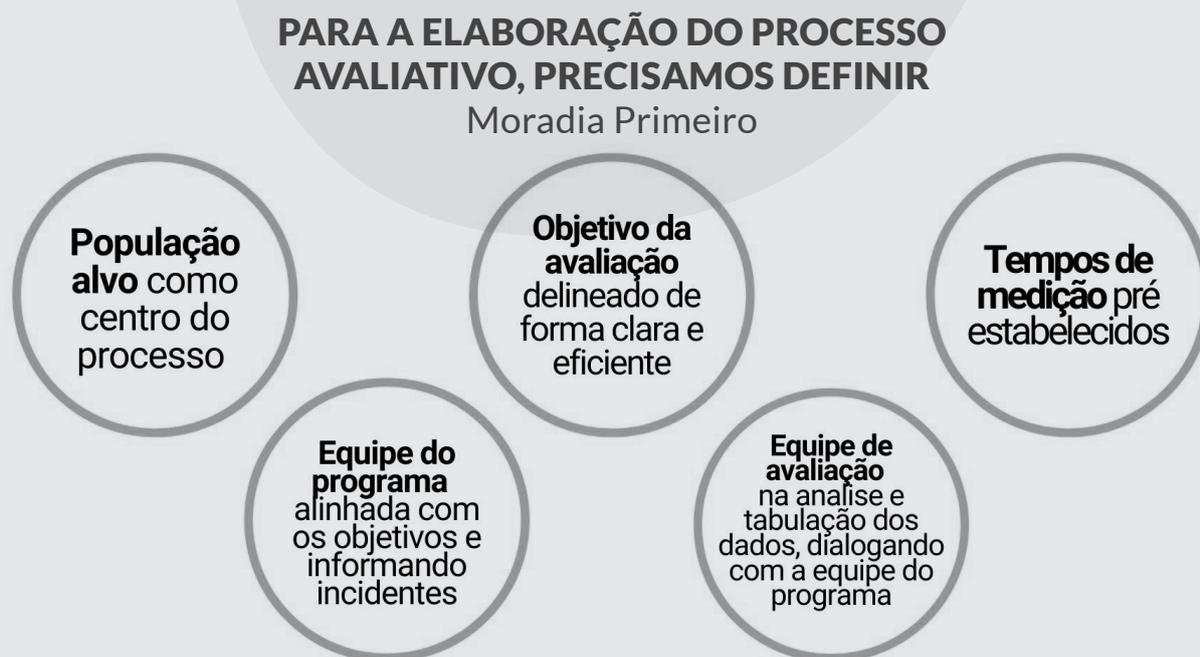
**Com foco nos resultados:** O foco nos resultados se alcança analisando periodicamente as mudanças alcançadas a longo prazo desde a implementação do programa;

**Avaliação contínua:** A avaliação continuada é parte fundamental do processo avaliativo dos resultados do programa, servindo de base para o conhecimento da evolução dos indicadores de impacto, detecção de possíveis desvios, necessidade de ajustes e desenvolvimento de mecanismos de correção e adaptação para melhores resultados;

**Sustentabilidade:** A avaliação precisa se adaptar aos recursos disponíveis, desde a seleção dos indicadores de impactos, suas informações e suas análises, contando com informações sensíveis e metodologia manejável, de acordo com o contexto e a realidade local.

## 5.3. DESENHO METODOLÓGICO

**P**ara darmos início ao processo de avaliação dentro do programa *Housing First*, é necessário definirmos alguns aspectos fundamentais: a população-alvo, o objetivo da avaliação, tempo de medição, as equipes do programa e as equipes de avaliação, tal como pode ser observado na imagem abaixo:



**População Alvo:** As pessoas atendidas pelo programa *Housing First* são o centro de todo o processo, ou seja, os protagonistas. Os objetivos do programa devem ser baseados nas respostas às necessidades de cada indivíduo e as propostas focadas em suas necessidades, levando em conta a utilização de ferramentas simples, que dialoguem e atinjam os objetivos avaliativos.

**Objetivo da avaliação:** Os resultados devem ser alcançados de forma empírica e por meio de um processo sistemático e eficiente, aportando dados sobre as mudanças produzidas na vida de cada atendido.

**Tempo de medição:** O tempo de medição segue um padrão pré-estabelecido, com o objetivo de acompanhamento contínuo. A primeira avaliação é feita no início do programa (que abrange o primeiro mês da pessoa alocada na moradia) e se repete de 12 em 12 meses (com possibilidade de diminuir para 6 meses de acordo com a necessidade) e finaliza com uma avaliação na saída do programa - ainda existindo a possibilidade de uma continuidade mesmo após o término - possibilitando assim o fornecimento de dados sobre o impacto do *Housing First* após o encerramento da intervenção.

**Equipe do programa:** A equipe que atende o programa deve estar atenta a alguns

aspectos importantes, como: recorrer às informações dos instrumentos de avaliação registrados e organizados, cumprir as escalas temporais e informar a equipe de avaliação sobre incidentes que afetem o processo avaliativo.

**Equipe de avaliação:** Equipe que dá apoio, sistematizando, analisando e tabulando as informações e principalmente, repassando informes. É importante que a composição da equipe de avaliação seja de profissionais especialistas em análise de dados e na metodologia de avaliação do programa, tendo como função, dentro do proposto:

- Acompanhar as equipes no início da implementação das avaliações;
- Comprovar que as informações recolhidas são confiáveis;
- Gerenciar incidências em uma base de registros;
- Analisar as avaliações e a elaboração de relatórios e informes.

## 5.4. DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO

O desenho do processo avaliativo do programa *Housing First* engloba não apenas a parte metodológica, onde definimos os objetivos, o público-alvo e todos os pormenores que envolvem o processo, mas também abrange o que chamamos “dimensões”, que são cada uma das áreas trabalhadas na avaliação do projeto.

Essa avaliação individual tem como centro a resposta de perguntas simples, fáceis e acessíveis, que incorporam áreas importantes da vida cotidiana e que completam de forma estrutural a evolução pessoal, comunitária, de saúde mental e física e laboral dos participantes.

Tais perguntas baseadas nas dimensões trabalhadas, auxiliam no desenvolvimento da autoestima, na qualidade de vida e segurança ontológica, na inserção comunitária e no acesso a políticas públicas necessárias, de acordo com a demanda de cada morador.

Todas as dimensões trabalhadas dentro do processo avaliativo do Programa têm como base um fundamento que engloba de maneira simples e visa responder de forma contundente as principais questões que podem ser levantadas no processo de implementação e manutenção do *Housing First*.

Assim, podemos afirmar que a base da avaliação é o levantamento de dados concretos e embasados para a construção de evidências que comprovem a eficácia da metodologia e que para tal, a retenção da moradia é o ponto principal a ser analisado e tabulado através de instrumentais simples que abrangem quatro dimensões: apropriação da moradia, segurança ontológica, saúde mental e interação social. Abaixo, falaremos sobre cada uma delas:

### DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO

Moradia Primeiro



**Apropriação da moradia:** É a forma com que o participante se vê enquanto domiciliado, ou seja, a percepção que este tem no que se refere aos assuntos básicos do “lar” e o grau de pertencimento àquele espaço. Essa apropriação se dá de diversas maneiras, desde

a sensação de segurança que o domicílio proporciona, até a utilização dos recursos disponíveis na casa e o cuidado do atendido com os detalhes que envolvem “morar”.

**Segurança ontológica:** É a dimensão que trata da ideia de que as pessoas tendem a crer na continuidade de sua autoidentidade e na constância dos ambientes de ação social e material em que vivem. É uma sensação de segurança e permanência de si e das coisas ao redor.

**Exemplo:** imagine-se agora em um ambiente fechado, em frente ao seu computador enquanto lê este texto. Existe a possibilidade de que o chão se abra, de que o teto desabe ou que o computador desligue abruptamente. Contudo, a experiência cotidiana nos leva a crer que tais possibilidades são remotas, ao ponto de nem mesmo ser uma preocupação que figure em nosso imaginário. Ou seja, contamos com a segurança de que as coisas permanecerão como estão, apesar dos riscos.

**Saúde mental:** Engloba a qualidade de vida do participante relacionada à saúde e atividades básicas da vida diária. Assim como os indicadores médicos, de consumo de substâncias psicoativas, análise de redução de danos e o acesso a equipamentos disponíveis dentro da assistência social.

**Interação social:** Consiste em compreender e avaliar a interação do participante durante o tempo dentro do programa com a rede de apoio e equipe de suporte que atende cada morador, nas relações interpessoais e de trabalho, na relação entre a casa e o trabalho, além do desenvolvimento da autonomia, o uso do tempo livre e qualidade de vida e o acesso à unidade de saúde e cuidado com a rotina diária.

Para concluirmos, podemos dizer que as quatro dimensões da avaliação do *Housing First* (Segurança ontológica, apropriação da moradia, saúde mental e integração social) consistem em uma gama de informações detalhadas e fundamentais tanto para o acompanhamento evolutivo do atendido quanto para a geração de dados que evidenciam se os objetivos pautados na implementação e manutenção do *Housing First* estão sendo alcançados.

## 5.5. FASES DA IMPLEMENTAÇÃO DA AVALIAÇÃO

**A**pós a contextualização da importância do processo avaliativo, os fundamentos básicos que definem a avaliação e o estudo sobre as dimensões trabalhadas nessa metodologia, podemos adentrar nos aspectos práticos para a efetuação, que nos trarão uma perspectiva mais palpável sobre o que temos estudado.

A implementação das avaliações dentro do programa requer alguns pontos importantes, que vão desde a estrutura local, à definição de equipes e, fundamentalmente, a escolha de instrumentos avaliativos que priorizem tanto a metodologia do HF quanto à realidade do local onde o programa está implantado.

Para tal, separaremos as fases necessárias da seguinte forma:

- **Implementação da avaliação** - Fase que consiste no recolhimento de dados através de registros em momentos definidos.
- **Acompanhamento da conclusão** - Avaliar a temporalidade da aplicação do processo avaliativo e perceber possíveis desvios e necessidades de adaptação e mudança. Sugere-se a realização de análises mensais, inicialmente, espaçando o tempo de acordo com os resultados alcançados.
- **Análise de resultados** - Analisar as informações colhidas através de registros e escalas anuais, desde o começo da participação no programa até a saída dele, para uma visão ampla da evolução tanto do programa quanto do morador.

## 5.6. PLANO DE ANÁLISES

**P**ara a análise de resultados, é importante a elaboração de um esboço dos dados coletados, tanto estatisticamente quanto na gestão das informações acumuladas. Estas análises podem ser construídas de forma descritiva, de acordo com a dimensão trabalhada em cada avaliação e uma outra análise, que consistiria no estudo das interações entre as mudanças produzidas ao longo do programa e suas distintas variáveis.

Para a produção dessas análises, sugerem-se alguns momentos distintos: avaliação inicial e 12 meses depois, inicial e 24 meses depois, inicial e 36 meses depois e/ou na saída do atendido do programa, para simplificar as informações. Todas as análises se apresentam através de relatórios que contenham: análise de frequência, porcentagens, médias e informações gerais em função do tempo analisado.

## 5.7. FERRAMENTAS AVALIATIVAS

**E**ntendemos como ferramentas de avaliação os instrumentais técnicos operativos utilizados durante o processo, que consistem basicamente em questionários baseados em modelos internacionais de avaliação e adaptados às particularidades do modelo *Housing First* para uma melhor caracterização dos resultados e análise dos atendidos.

A aplicação desses instrumentos se dá a partir da formatação de alguns pontos importantes: a base de registro, a ferramenta de permanência na moradia e as escalas e questionários que formam a base de dados do programa.

## 5.8. BASE DE REGISTRO

**A** base de registro pode ser considerada o ponto inicial e fundamental para a coleta de dados sobre os participantes do *Housing First* e deve ser objetiva e conter observações e dados de todos os participantes do programa, desde o momento inicial de adesão ao programa. Dessa forma, essa base ajudará a analisar as mudanças e o alcance dos objetivos propostos durante o processo.

### Como se estrutura a base de registro?

- **Classificação:** Identificação do atendido e informações que identifiquem seu perfil.
- **Entrada:** Descrição da situação do atendido no momento que adere ao programa, como sua situação econômica, administrativa, de saúde etc.
- **Intervenção:** Dados de variações apresentadas durante as intervenções do atendido e a relação de objetivos alcançados e não alcançados durante o processo avaliativo.
- **Saída:** Registro do atendido no momento da saída do programa.
- **Definições:** Pode ser interessante incluir separadamente as definições de cada uma das variáveis e das dimensões alcançadas no processo avaliativo, para que toda a equipe tenha uma referência e entenda como cada passo se dá, para que o registro seja feito de forma homogênea.

### Quando se alimenta a base de registro?

A base de registro, como um processo de construção permanente, dependerá da coleta de dados constante, desde a entrada do atendido no programa até sua saída, sempre separadas entre as variáveis de classificação: de entrada, de intervenção (de acordo com o tempo de medição de cada instrumental) e de saída.

## 5.9. FERRAMENTAS DE PERMANÊNCIA NA MORADIA

**A**pós abordarmos a base de registro, é fundamental estudarmos um dos pontos centrais da avaliação do modelo *Housing First*: A ferramenta de permanência na moradia consiste em diversos métodos utilizados para o cálculo que determina a porcentagem de permanência dos atendidos em suas casas.

Trata-se de um cálculo “padronizado” dentro da metodologia e um dos índices mais importantes na geração de evidências sobre como as pessoas se apropriam e, sobretudo, permanecem domiciliados. Essa porcentagem, calculada a partir do número de moradores atendidos em determinado programa com base no *Housing First*, delinea os objetivos e mostra de forma clara e sistemática a eficácia do modelo, mesmo considerando as diferenças econômicas, estruturais e sociais de cada um dos lugares onde o *Housing First* é aplicado.

Nós utilizaremos a metodologia baseada na avaliação produzida pelo *Housing First Europe*, que especifica de maneira simples como os números devem ser considerados e quais casos devem ficar fora do cálculo.

Em geral, se entende como “permanência na moradia” a proporção de pessoas sendo assistidas pelo programa *Housing First* e que tem mantido suas casas com apoio de equipe técnica.

A base do cálculo se dá da seguinte maneira: Número total de pessoas atendidas, subtraindo os casos duvidosos (falecidos, encarcerados, pessoas que mudam o formato de atendimento e que abandonam o programa).

São considerados casos positivos pessoas que se mantêm na moradia:

1. Pessoas que seguem acolhidas com apoio do programa *Housing First*.
2. Pessoas que seguem acolhidas sem o apoio do programa *Housing First*.

São considerados casos negativos: Pessoas que perderam a moradia por encarceramento, expulsão, saída voluntária e retorno à situação de rua. Para além desses casos relacionados, ficam fora do cálculo, como já dito, casos de falecimento e encarceramento por um longo período de tempo.

Sendo assim, o cálculo de permanência na moradia, feita pelo *Housing First Europe* se dá através da proporção de permanência no programa, ou seja, na moradia. Para isso, utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{CPM} = ((1) + (2) + (3) / (8) - (4) - (5) - (6) - (7)) * 100$$

**Sendo:**

- (1) Número de moradores que precisam de suporte
- (2) Número de moradores com autonomia em desenvolvimento
- (3) Número de pessoas que aderem ao programa sem necessidade de apoio ou suporte
- (4) Número de pessoas que saem do programa para outro tipo de equipamento em que suas necessidades sejam atendidas
- (5) Número de pessoas falecidas
- (6) Número de pessoas com a situação de moradia desconhecida no momento da tabulação
- (7) Número de pessoas encarceradas
- (8) Número total de pessoas participantes do programa desde o seu início.

Esse cálculo traz evidências significativas sobre a retenção de moradia em diversos lugares do mundo onde o *Housing First* é aplicado, como cita Sam Tsemberis:

“O Programa *Housing First* tem uma taxa de sucesso de 85% a 90% na manutenção de moradias de pessoas que estavam desabrigadas há anos. Essa taxa foi verificada através de inúmeros estudos científicos e empiricamente sólidos conduzidos por vários pesquisadores em diversos programas.”

De modo geral, pode-se dizer que programas baseados no modelo *Housing First* revelaram uma taxa de retenção da moradia de cerca de 90%, verificando-se uma diminuição significativa no recurso de serviços de emergência e internamentos psiquiátricos, bem como melhorias significativas a nível da qualidade de vida geral dos residentes do programa.

Em Portugal, os resultados de Lisboa mostram uma taxa de retenção de moradia que se assemelha aos dados europeus como um todo, variando entre 85% e os 90%. Os dados relativos a 2018 mostram que cerca de 90% dos inquilinos mantiveram uma situação habitacional estável.

## 5.10. ESCALAS E QUESTIONÁRIOS

**D**e modo prático, podemos afirmar que diversos questionários e escalas são possíveis para a avaliação das dimensões contempladas dentro do processo metodológico desenvolvido, e que, para cada dimensão, usa-se questionários específicos, abrangendo todas as áreas analisadas.

Vale ressaltar a importância da periodicidade das avaliações, tanto para alimentar o banco de registros quanto para avaliar sistematicamente os resultados do programa.

Existem já tabulados e disponíveis diversos questionários sobre cada uma das áreas citadas. Percebe-se, analisando os programas existentes em diferentes países, uma adaptação e formulação própria sobre quais instrumentos validam a experiência local.

Essa adaptação à realidade local é de suma importância para um levantamento de dados completo e idôneo. Levando em conta a diversidade e as diferenças regionais do nosso país, podemos dizer que o processo avaliativo precisará de ajustes fundamentais, bem como de uma visão cuidadosa e observadora sobre pontos que, sobretudo, traduzam a metodologia com fidelidade e eficácia.

Como se daria essa adaptação? Como vimos anteriormente, toda a implementação da metodologia consiste em pensarmos no porte da cidade, nas características regionais, tanto econômicas quanto culturais e no perfil da população em situação de rua atendida durante o processo.

Traremos a seguir alguns questionários que abrangem as quatro dimensões da avaliação, com adaptações básicas, que contemplam a nossa realidade brasileira e que servem como base para todo o processo de implementação da metodologia avaliativa.

Isto posto, permite-se de forma abrangente, ajustes dentro dos próprios instrumentais, levando em conta todo o processo de base de registro, plano de análise e tabulação dos dados, de forma que a fidelidade à metodologia do *Housing First* se mantenha intacta tanto quanto o objetivo final da avaliação: uma base de dados robusta e efetiva que reflita a eficácia do programa local e nacionalmente.

Na sequência, mostraremos cada um dos questionários detalhadamente, passo a passo para que a implementação do mesmo possa se efetivar de maneira simples e clara.

## A) QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO PROFISSIONAL E DE EMPREGABILIDADE

**Objetivo:**  
 Definir o diagnóstico de empregabilidade dos atendidos e comprovar a melhora nas competências durante sua participação no programa, de um ponto de vista de perspectiva profissional.

### Descrição:

Questionário criado para esta finalidade. Pode ser utilizado material de elaboração própria, assim como informação proveniente de documentos de trabalho de outras instituições, que se adaptem ao contexto vivido, se adaptando às necessidades e peculiaridades dos programas da entidade.

### Características:

Questionário formado por 21 itens, divididos em 4 partes: perfil profissional e formação (5 itens); competência para a procura de trabalho (6 itens); competências digitais (3 itens) e competências sócio laborais (10 itens).

A equipe técnica conta com um manual específico de apoio para o preenchimento e tabulação do questionário, para que o preenchimento dele seja feito de forma homogênea.

A pontuação de cada item varia em uma escala de 1 a 3 nos 3 primeiros itens e de 1 a 5 nos últimos itens, para a análise das informações deve-se comparar a pontuação obtida em diferentes períodos e comparar a evolução do atendido. A análise pode ser feita de forma individual ou em grupo. De igual forma, pode-se analisar os itens individualmente ou agrupados.

### Frequência de aplicação:

Na entrada, a cada 12 meses e na saída.

### Tempo de aplicação:

De 5 a 10 minutos.

## QUESTIONÁRIO DE EMPREGO DE AVALIAÇÃO PROFISSIONAL

O objetivo da escala é definir o diagnóstico de empregabilidade dos clientes e verificar o aprimoramento de habilidades após a participação no Programa.

A coleta de informações será realizada por meio de entrevistas que a equipe mantém com os clientes.

A escala é completada com um documento de apoio para preencher a escala onde estão incluídos

perguntas e exemplos para coletar as informações.

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO da pessoa: \_\_\_\_\_ MEDIÇÃO: Inicial  12m  Final

DATA \_\_\_\_\_

PROGRAMA \_\_\_\_\_

TÉCNICO/A \_\_\_\_\_

### **Perfil profissional e de formação**

#### 1. Plano de carreira

Sem itinerário definido, experiência aleatória ou informal (economia paralela, negócios família).	1
Carreira com empregos não adaptados ao seu perfil profissional.	2
Carreira com empregos adaptados principalmente ao seu perfil profissional.	3

#### 2. Experiência profissional

Sem experiência profissional, experiência remota ou baixa qualificação.	1
Experiência não significativa para inserção de acordo com o perfil atual.	2
Experiência de inserção significativa.	3

#### 3. Objetivos profissionais

Mal definido, irrealista com base no perfil atual.	1
Objetivo (s) identificado (s), mas sem definir um plano de ação.	2
Objetivo identificado e com plano de ação elaborado.	3

#### 4. Perfil profissional

Perfil incompatível com a oferta e mercado de trabalho imediato.	1
Perfil ajustado ao mercado, mas em alta demanda, com muita competição.	2
Perfil profissional com oferta adequada no mercado.	3

5. Caminho de treinamento

Você não tem um treinamento relevante ou o treinamento que você tem não o qualifica diretamente para o trabalho.	1
Treinamento que se qualifica para o emprego, mas está desatualizado, insuficiente ou incompleto.	2
Treinamento que se qualifica para o emprego e está razoavelmente atualizado 3 Competências para busca ativa de emprego.	3

6. Processo de pesquisa ativa

Não busca ativamente emprego formal.	1
Pesquisa intermitente sujeita a situações pessoais.	2
Busca planejada e constante.	3

7. Gestão de canais e ferramentas de busca de empregos

Não conhece ferramentas e canais básicos para a busca ativa de empregos (BAE)	1
Sabe, mas não usa sistematicamente as ferramentas/canais BAE	2
Conheça e usa as ferramentas BAE	3

8. Habilidades relacionais (comunicação) e desenvolvimento de entrevistas de emprego

Não lida com habilidades relacionais básicas e desenvolvimento de entrevista.	1
Boas habilidades relacionais, mas dificuldades / inexperiência em entrevistas.	2
Boas habilidades e lida com entrevistas.	3

**Habilidades digitais**

9. Orientação para a tecnologia

Mostra nenhuma ou pouca disposição para a tecnologia.	1
Mostra disposição para a tecnologia que pode ser útil dentro do seu escopo de sua atividade.	2
Conhece e está atualizado na tecnologia que pode facilitar o desenvolvimento de sua atividade.	3

10. Você tem e-mail

Sim e usa regularmente.	1
Sim, mas dificilmente usa.	2
Não	3

11. Conheça e use portais da web para pesquisar ofertas de emprego

Conhece e usa-os regularmente.	1
Conhece-os e faz uso residual.	2
Não sabe .	3

**Competências sócio-laborais**

<u>12. Imagem pessoal</u>	1	2	3	4	5
<u>13. Comunicação</u>	1	2	3	4	5
<u>14. Autocontrole</u>	1	2	3	4	5
<u>15. Trabalho em equipe</u>	1	2	3	4	5
<u>16. Responsabilidade</u>	1	2	3	4	5
<u>17. Adaptação para mudar</u>	1	2	3	4	5
<u>18. Iniciativa</u>	1	2	3	4	5
<u>19. Orientação de realização</u>	1	2	3	4	5
<u>20. Habilidades sociais</u>	1	2	3	4	5
<u>21. Resolução de conflitos</u>	1	2	3	4	5

## B) ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

### **O** que é:

A Escala de autoestima de Rosenberg é uma proposta criada por Morris Rosenberg, professor doutor em sociologia, que analisa indicativos do nível de autoestima e como o indivíduo se valoriza. A escala tornou-se uma referência mundial nesse assunto, e pode ser utilizada como importante indicativo para a criação de dados dentro do HF.

### **Objetivo:**

Questionário para explorar a autoestima do atendido, avaliando os sentimentos a respeito de si mesmo.

### **Descrição:**

Questionário criado por Morris Rosenberg e com eficácia confirmada através de diversos estudos.

A escala gera três categorias que dizem respeito à autoestima:

- Autoestima elevada: de 30 a 40 pontos, autoestima considerada normal;
- Autoestima média: de 26 a 29 pontos, não representa problemas graves de autoestima, mas é conveniente definir estratégias de melhora;
- Autoestima baixa: 25 pontos ou menos. Existem problemas significativos de autoestima.

Os itens retratados de forma positiva pontuam de 1 a 4 e os retratados de forma negativa de 4 a 1. Na continuação da avaliação, realiza-se um somatório onde é possível mensurar as condições expostas anteriormente. Com a avaliação feita continuamente, é possível detectar melhoras e mudanças nesse sentido.

### **Características:**

Questionário de dez itens, cinco estão formulados de forma positiva e cinco de forma negativa, para controlar o efeito da adesão. Cada um deles se divide em quatro categorias de respostas que se encontram entre acordo e desacordo.

### **Onde se aplica:**

No domicílio do usuário ou no lugar onde se realiza a intervenção com a pessoa atendida.

### **Frequência de aplicação:**

Na entrada, a cada 12 meses e na saída.

## ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO da pessoa: \_\_\_\_\_ MEDIÇÃO: Inicial  12m  Final

DATA \_\_\_\_\_ PROGRAMA \_\_\_\_\_

TÉCNICO \_\_\_\_\_

Por favor, leia as frases abaixo e indique o nível de concordância ou discordância que você tem com cada um deles.

		Muito desacordo	Em desacordo	De acordo	Muito em acordo
1	Eu me sinto uma pessoa tão valiosa quanto as outras	1	2	3	4
2	Geralmente estou inclinado a pensar que sou um fracasso	1	2	3	4
3	Eu acho que tenho algumas qualidades	1	2	3	4
4	Eu sou capaz de fazer as coisas tão bem como o resto	1	2	3	4
5	Creio que tenho muito do que me orgulhar	1	2	3	4
6	Eu tenho uma atitude positiva comigo mesmo	1	2	3	4
7	Em geral me sinto satisfeito comigo mesmo	1	2	3	4
8	Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo	1	2	3	4
9	Eu realmente me sinto inútil em alguns ocasiões	1	2	3	4
10	Às vezes eu acho que sou inútil	1	2	3	4

## C) ESCALA DE SEGURANÇA ONTOLÓGICA

### **O**bjetivo:

Medir o grau em que a casa oferece um espaço físico no qual o cliente pode alcançar uma sensação de segurança ontológica, uma vez que a situação de rua denota o contrário.

### Descrição:

Escala elaborada pela equipe da entidade a partir da literatura existente sobre o conceito de segurança ontológica.

### Características:

É composto por seis itens. Cada um deles com cinco opções de resposta variando de 1 “discordo totalmente” a 5 “concordo totalmente”. Com isso, obtém-se uma pontuação total entre 5 e 30. Ao utilizar os dados, irá comparar a pontuação registrada entre o período final e o período inicial. Também se eles podem fazer a frequência das respostas e comparação dos períodos.

### Frequência de aplicação:

Na entrada, a cada doze meses e na saída.

## ESCALA DE SEGURANÇA ONTOLÓGICA

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO da pessoa: \_\_\_\_\_ MEDIÇÃO: Inicial  12m  Final

DATA \_\_\_\_\_

TÉCNICO \_\_\_\_\_ PROGRAMA \_\_\_\_\_

Profissional: abaixo vou fazer uma série de perguntas relacionadas à segurança fornecido por este recurso. Em uma escala de 1 a 5, onde 1 é "Discordo totalmente" e 5 "Concordo totalmente", você pode responder às seguintes perguntas ...

Totalmente em desacordo	Bastante em desacordo	Nem concordo e nem discordo	Em bastante acordo	Totalmente de acordo
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. Você sente que a casa é um espaço onde você tem liberdade para tomar suas próprias decisões?					
2. Você sente que a casa permite que você faça as pequenas coisas e rotinas da vida diária? (lavar roupa, comida, ir passear o parque, etc.)					
3. Você acha que a casa é um ambiente livre de supervisão?					
4. Você acha que a casa o ajuda a refletir sobre sua identidade e para fortalecê-lo?					
5. A casa se sente como se fosse sua?					
6. Você acha que sua casa é um lugar seguro?					

## D) ESCALA WEMWBS

### **O**bjetivo:

A escala permite conhecer em um único resultado o nível global de bem-estar emocional da pessoa.

### Descrição:

Escala validada. A escala *Warwick-Edinburgh Mental Well-being* (WEMWBS), é um questionário que analisa saúde mental positiva ou bem-estar psicológico. Entende o bem-estar como um conceito relacionado, mas separado de distúrbios e doenças. Neste documento você tem a ferramenta completa, embora de acordo com o teste de campo, foi considerado mais adequado realizar apenas a medição de indicadores de:

- Tenho me interessado por outras pessoas
- Eu resolvi bem os problemas
- Tenho pensado com clareza
- Eu me senti próxima de outras pessoas, fui capaz de fazer minhas decisões sobre coisas que acontecem comigo
- Tenho me interessado por coisas novas

### Características:

A escala WEMWBS de 14 itens tem 5 categorias de respostas que retornam uma pontuação. Todos os itens são descritos positivamente, e eles cobrem os dois aspectos do bem-estar e funcionamento emocional. A pontuação média da escala para população do Reino Unido é de cerca de 51 pontos. Ao interpretar os resultados, é útil apresentá-los em relação aos seus desvios de padrão da média de população.

### Frequência de aplicação:

Na entrada, a cada 12 meses e na saída.

### Esclarecimento:

Na primeira medição refere-se à situação da pessoa antes de entrar no recurso. A última medição é preferível algumas semanas antes da hora de saída, pois é observado pela equipe técnica que o momento da saída do recurso é especialmente estressante para a pessoa, desviando os valores assumidos.

## ESCALA WEMWBS

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO da pessoa: \_\_\_\_\_ MEDIÇÃO: Inicial  12m  Final

DATA \_\_\_\_\_ PROGRAMA \_\_\_\_\_

TÉCNICO \_\_\_\_\_

Profissional: abaixo vou ler para vocês uma série de afirmações que nos ajudarão a medir o Estado emocional. Em uma escala de 1 a 5, onde 1 significa "Em nenhum momento" e 5 "Todos os tempo", como você se sentiu sobre:

Esclarecimento: na primeira medição refere-se à situação da pessoa antes de entrar no recurso. A última medição é preferível algumas semanas antes da hora de saída, pois é observado pela equipe técnica que o momento de saída do recurso é especialmente estressante para a pessoa, desviando os valores assumidos.

AFIRMAÇÃO	1	2	3	4	5
Me sinto otimista em relação ao futuro					
Me sinto útil					
Me sinto aliviado					
Eu me senti interessado em outras pessoas					
Me senti disposto					
Eu resolvi bem os problemas					
Tenho pensado claramente					
Me sinto bem comigo mesmo					
Me sinto perto de outras pessoas					
Sinto confiança em mim mesmo					
Consegui tomar minhas próprias decisões em relação as coisas que acontecem comigo					
Eu me senti amado					
Me sinto interessado em coisas novas					
Me sinto amado					

## E) APROPRIAÇÃO DE MORADIA (FASE DE RECEPÇÃO)

**O**bjetivo:  
Medir como a pessoa está após a fase de recepção.

### Descrição:

Diferentes dimensões são valorizadas: Internalização do compromisso, gestão doméstica e senso de projeto.

Permite que você acompanhe um caso para medir em que situação ele se encontra após a fase de recepção, que geralmente dura cerca de um mês. Cada item deve ser pontuado com "1" se a resposta for "sim" e com "0" se a resposta for "não".

Sua análise pode ser individual ou agregada. Uma pontuação geral é feita de toda a escala. A pontuação total é de 5 pontos. Entende-se que uma pessoa com uma pontuação alta dentro da escala de 0 a 5, se apropriou do lar.

### Frequência de aplicação:

Só se aplica em um ponto do programa, na recepção, um mês após a entrada na moradia.

## QUESTIONÁRIO DE APROPRIAÇÃO DE HABITAÇÃO (FASE DE BOAS VINDAS)

Este é um questionário a ser preenchido pelo profissional de referência 30 dias após a entrada da pessoa para sua casa.

Possui diversos itens que auxiliam a avaliar a apropriação da casa pela pessoa.

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA: \_\_\_\_\_ MEDIÇÃO: Inicial

DATA \_\_\_\_\_

PROGRAMA \_\_\_\_\_ TÉCNICO \_\_\_\_\_

### GESTÃO E GESTÃO DOMÉSTICA

1. USOU A MÁQUINA DE LAVAR CORRETAMENTE (PELO MENOS 1 VEZ) Sim = 1 Não = 0
2. TER FEITO UMA COMPRA DE ALIMENTOS NESTES 30 DIAS Sim = 1 Não = 0
3. VOCÊ PERSONALIZOU O ESPAÇO POR SUA PRÓPRIA INICIATIVA (VOCÊ FORNECEU UM ELEMENTO DE DECORAÇÃO) Sim = 1 Não = 0
4. UTILIZOU OS PRODUTOS DE LIMPEZA Sim = 1 Não = 0
5. O ROUPEIRO, VESTUÁRIO OU MESA CONTÉM ROUPAS OU UTENSÍLIOS DO PARTICIPANTE Sim = 1 Não = 0

A PONTUAÇÃO TOTAL É 5

**A partir de 4 pontos, entende-se que a pessoa assumiu o controle da casa,**

## F) ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RECUPERAÇÃO

### **O**bjetivo:

Este instrumento fornece uma medida adequada para avaliar a experiência de recuperação subjetiva.

### Descrição:

A escala avalia esperança, confiança em si mesmo e nos outros, disposição para pedir ajuda, orientação para a realização de objetivos pessoais, bem como a percepção de não se sentir dominado pelos sintomas do transtorno mental.

### Características:

A escala RAS é composta por 41 itens avaliados em uma escala de 1 a 5 (discordo totalmente-concordo totalmente) que são agrupados em cinco fatores:

- Confiança pessoal e esperança
- Vontade de pedir ajuda
- Orientação para objetivos e sucesso
- Confiança nos outros e não dominação por sintomas (CORRIGAN *et al.*, 2004 *apud* EUROSOCIAL, 2016, p. 20).

Se utilizará a versão breve de 18 itens (RAS-18) adaptada para o português onde selecionou um número equilibrado dos itens mais representativos de cada fator para a partir dos dados de validação originais. A pontuação da escala é distribuída em um intervalo entre 18 e 90 pontos onde quanto maior a pontuação, maior as expectativas de recuperação. (DÍAZ - MANDADO *et al.*; JORNAL OF PSYCHOPATHOLOGY E PSICOLOGIA CLÍNICA, 2015 *apud* EUROSOCIAL, 2016, p. 20)

### Frequência de aplicação:

Na entrada, a cada 12 meses e na saída.

## ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RECUPERAÇÃO

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO da pessoa: \_\_\_\_\_ MEDIÇÃO: Inicial  12m  Final

DATA \_\_\_\_\_

TÉCNICO \_\_\_\_\_ PROGRAMA \_\_\_\_\_

Profissional: Comece dizendo ao cliente: Em seguida, vou fazer uma série de perguntas que tem a ver com a sua aparência no seu dia a dia. Gostaríamos que você respondesse, desde que deseje o mais sinceramente possível. Em cada uma das perguntas, você terá que me dizer um número entre um e cinco que está relacionado ao grau de concordância que você tem com a declaração que li para você. Pense que o número ... é equivalente (leia os números e os graus de concordância)

Discordo totalmente = 1

Discordo = 2

Não tenho certeza = 3

Concordo = 4

Concordo totalmente = 5

<b>Orientação em direção objetivos e o sucesso</b>	2. Eu tenho meu próprio plano de como ser ou chegar a estar bem.	1	2	3	4	5
	3. Tenho objetivos na vida que desejo alcançar.	1	2	3	4	5
	4. Acho que posso alcançar meus objetivos atuais Pessoal.	1	2	3	4	5
<b>Confiança pessoal e ter esperança</b>	5. Minha vida tem um significado.	1	2	3	4	5
	14. Eu posso lidar com o que acontece na minha vida.	1	2	3	4	5
	15. Eu gosto de mim mesmo.	1	2	3	4	5
	22. Algo bom vai acontecer em algum momento.	1	2	3	4	5
<b>Não dominação por sintomas</b>	24. Estou esperançoso quanto ao meu futuro.	1	2	3	4	5
	27. Lidar com minha doença mental não é mais o centro da minha vida.	1	2	3	4	5
	28. Os sintomas da doença interferem com todos menos tempo na minha vida.	1	2	3	4	5
<b>Provisão perguntar ajuda</b>	29. Quando eles aparecem, meus sintomas são um problema que dura cada vez menos	1	2	3	4	5
	30. Eu sei quando pedir ajuda	1	2	3	4	5
	31. Estou disposto a pedir ajuda.	1	2	3	4	5
<b>Confiança nos outros</b>	32. Peço ajuda quando preciso.	1	2	3	4	5
	6. Mesmo quando eu não cuido de mim, os outros as pessoas fazem isso por mim.	1	2	3	4	5

## G) QUESTIONÁRIO DE SAÚDE SF-12 (SHORT FORM 12)

O Short Form 12 (SF-12) é considerado uma ferramenta importante na avaliação do quadro de saúde em estudos populacionais. É um instrumento curto, de fácil compreensão, de rápida aplicação e com boas medidas psicométricas. Além disso, pode ser aplicado tanto como questionário autoadministrado quanto em forma de entrevista.

### **Objetivo:**

Coletar dados sobre o estado atual de saúde do atendido.

### **Descrição:**

O questionário SF-12 funciona através de perguntas curtas e objetivas sobre a relação entre a saúde e as tarefas do cotidiano, dividido em basicamente 2 componentes, saúde mental e saúde física, e respostas que variam de 1 a 5, é um questionário usado mundialmente com capacidade de gerar dados sólidos a longo prazo e facilitar estudos em grande escala.

### **Frequência de aplicação:**

Na entrada da moradia e a cada 6 meses.

## QUESTIONÁRIO DE SAÚDE SF-12

Este questionário pede a sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação ajudará a manter um registo de como se sente e se é capaz de realizar as atividades habituais do dia a dia.

Responda a cada pergunta, escolhendo apenas uma resposta. Se não souber como responder a pergunta, tente responder da forma que conseguir.

Nome do paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ PCS: \_\_\_\_\_ MCS: \_\_\_\_\_

Tipo de visita (fazer um círculo)

Pré-morar      6 semanas      3 meses      6 meses      1 ano      2 anos

1. Em geral, diria que a sua saúde está:

Excelente     Muito boa     Normal     Ruim     Muito ruim

As seguintes perguntas são sobre atividades que poderá realizar durante um dia típico. Sua saúde limita você em atividades cotidianas? se sim, quanto?

	Sim, muito	Sim, mas pouco	Não
2 - Atividades moderadas, mover uma mesa, empurrar algo, limpar a casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 - Subir vários lances de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante as últimas 4 semanas, teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outros problemas regulares em atividades cotidianas como resultado da sua saúde física?

	Sim	Não
4 - Fez menos tarefas do que gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - Se sentiu limitado no trabalho ou em outras atividades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante as últimas 4 semanas, teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outros problemas com suas atividades cotidianas como resultado de quaisquer problemas emocionais (tais como sentir-se deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
6 - Fez menos tarefas do que gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - Fez os trabalhos com menos cuidado/ atenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante as últimas 4 semanas, quanto é que a dor interferiu em o seu trabalho normal (incluindo o trabalho no exterior a casa e as tarefas domésticas)?

Excelente  Muito boa  Normal  Ruim  Muito ruim

Estas perguntas são sobre como tem se sentido durante as últimas 4 semanas.

Para cada pergunta, por favor dê a resposta que mais se aproxima da forma como tem estado a sentir-se.

Quanto tempo durante as últimas 4 semanas...

	A todo momento	Na maioria das vezes	Boa parte do tempo	Alguns momentos	Poucos momentos	Nenhum momento
9 - Se sentiu calmo e pacífico?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
10 - Se sentiu com muita energia?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
11 - Se sentiu abatido e cansado ?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

12. Durante as últimas 4 semanas, quanto a sua saúde física ou problemas emocionais

Interferiram em as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc.)?

Sempre  Quase sempre  Alguns momentos  Muito pouco  Nenhum momento

## H) AVALIAÇÃO DE AUTONOMIA E LIMPEZA DO ESPAÇO

### **O**bjetivo:

Avaliar a autonomia da pessoa quanto a limpeza da moradia, abrangendo desde a apropriação da mesma até o sentimento de pertencimento do atendido em relação ao seu espaço privado.

### Descrição:

Funciona através de 5 opções de resposta, de 0 a 8, sendo 0 nenhuma organização e autonomia e 8 máxima organização e autonomia.

### Frequência de aplicação:

Na entrada na moradia e a cada 6 meses.

## AVALIAÇÃO SOBRE LIMPEZA E ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA :

MEDIÇÃO :  Inicial  6 meses

DATA:

TÉCNICO:

- 0 - Não executa nenhum tipo de limpeza de seu espaço privado nem do espaço comum.
- 2 - Faz algumas atividades de limpeza do espaço privado e comum, mas de forma esporádica e insuficiente, por pressão ou indicação dos companheiros, parceiro, profissionais etc.
- 4 - Realiza o mínimo de limpeza do espaço privado ou comum, nenhum interesse em um bom resultado, simplesmente em "executar" a tarefa.
- 6 - Limpa com certa frequência tanto o espaço privado como o comum, apesar de em algumas ocasiões precisar de alguma indicação nesse sentido.
- 8 - Limpa regularmente, mantém ambos os espaços de forma impecável. Entende a importância de fazer e faz de forma autônoma.

## I) AVALIAÇÃO SOBRE DIVERSÃO E LAZER

### **O**bjetivo:

Avaliar a frequência e qualidade com que a pessoa costuma realizar atividades de diversão e lazer. Com o objetivo de delimitar e tabular dados sobre a saúde mental e física do paciente, além de abranger a segurança ontológica e a inserção na comunidade.

### Descrição:

Essa avaliação funciona de maneira extremamente rápida e simples, com 5 opções de resposta que variam entre a execução de nenhuma atividade de lazer e a execução frequente das mesmas atividades, bem como os níveis de convivência em comunidade necessários para que isso aconteça.

### Frequência de aplicação:

A cada 6 meses.

## AVALIAÇÃO SOBRE DIVERSÃO E LAZER

CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA :

MEDIÇÃO :  Inicial  6 meses

DATA:

TÉCNICO:

- 0 - Não executa nenhum tipo de atividade de lazer ou cultural disponível na comunidade.
- 2 - Faz algumas atividades de lazer, mas de forma esporádica e insuficiente, por recomendação ou auxílio de amigos, depende de incentivo para que realize tais atividades.
- 4 - Realiza o mínimo de atividades de lazer, utiliza os equipamentos da prefeitura disponíveis na comunidade.
- 6 - Costuma realizar atividades de lazer e diversão, bem como atividades culturais disponíveis na comunidade, porém prefere tarefas que exigem menor interação social, esportes e outras opções individuais.
- 8 - Frequentemente está envolvido em atividades culturais de sua comunidade, bem como realizando atividades de lazer, dentro e fora de sua casa, incluindo esportes coletivos e que exigem interação social mais acentuada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIEPS. **Casas Primeiro**. Disponível em: <http://www.aeips.pt/habitacao/casas-primeiro/>. Acesso em: 13 dez. 2021.

BARRETTO, K.D. **Ética e Técnica no Acompanhamento Terapêutico. Andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. São Paulo: Unimarco Editora, 1998.

BONFADA, D. **Serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e a assistência às urgências psiquiátricas**. 2010. 147f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte.

BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. **Serviço de atendimento móvel de urgência e as urgências psiquiátricas**. *Psicologia em Estudo*. v. 17, n. 2, 2012, p. 227-236.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo*, Brasília, DF, 6 abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 23 jul. 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. 134 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1219.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2.ed. Brasília, DF, 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf). Acesso em: 14 jun. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf). Acesso em: 14 jun. 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf). Acesso em: 14 jun. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 3, de 03 de outubro de**

**2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 2017. Seção 1. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html>>. Acesso em: 23 set. 2021.

BRETHERTON, Joanne; PLEACE, Nicholas. **Housing First in England: an evaluation of nine services.** 2015. Disponível em : <https://eprints.whiterose.ac.uk/83966> . Acesso em XX MMM. 20xx.

BRITO, A. A. C.; BONFADA, D.; GUIMARÃES, J. **Onde a reforma ainda não chegou: ecos da assistência às urgências psiquiátricas.** Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. v. 25, n. 4, 2015, p. 1293-1312. Disponível em : XXXXXXXX . Acesso em XX MMM. 20xx.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236p.

CURITIBA. **Linha Guia da Saúde Mental.** 2018. Disponível em: <<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/Linha%20Guia%20Saude%20Mental%20SMS%20Curitiba.PR.pdf>>. 2018. 108p. Acesso em: 27 de set. 2021.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. **Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 205-15. fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n1/a26v14n1.pdf>. Acesso em: 23 set. 2021.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R.; TEIXEIRA, R. R. **Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e redes.** Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [S. l.], v. 27, n. 1, p. 12-20, 2016. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v27i1p12-20. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/98240>. Acesso em: 14 jun. 2021.

FERIGATO; S. H.; CARVALHO, S.R.; TEIXEIRA, R. R. **Os Centros de Convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.8, n.20, p.79-100, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/98240>. Acesso em: 14 jun. 2021.

FERNÁNDEZ, Leonardo Nicolás. **Programa 'Vivienda Primeiro: El rol de las organizaciones sociales en la implementación y los criterios para la evaluación de efectividad.** Universidad del Desarrollo: Facultad de Gobierno. Santiago, 2021. Disponível em: <https://repositorio.udd.cl/bitstream/handle/11447/4801/Programa%20%27Vivienda%20Primer0%27.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 15 dez. 2021.

FERRO, L. F. **Grupo de convivência em saúde mental: intersectorialidade e trabalho em rede.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, São Carlos, v. 23, n. 3, 2015, p.485-498.

FERRO, L. F.; CARDOSO, M. M.; LOUREIRO, M. B. **Economia Solidária, Saúde Mental e a prática do terapeuta ocupacional: relatos de participantes de um grupo de geração de trabalho e renda.** Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos, v. 23, n. 1, 2015, p. 101-16.

FERRO, L. F.; PINTO, L. M.; BURNAGUI, J. G. **Economia solidária e saúde mental: reflexões e subsídios para a prática profissional.** In: CREMASCO, M.V.F.; MENZ, D.M. (org). Formação em políticas sobre drogas. Curitiba: Editora UFPR, 2019. p. 283-306.

FERRO, L. F.; BURNAGUI, J. G. **Trabalho em rede e saúde mental: estrutura e possibilidades.** In: CREMASCO, M.V.F.; MENZ, D.M. (org). Formação em políticas sobre drogas. Curitiba: Editora UFPR, 2019. p. 101-128.

FERRO, L. F.; FRANZOLOSO, C. L. S.; BURNAGUI, J. G. **Redes de economia solidária: estratégias para a captação de recursos.** Revista de Estudos Universitários - REU, [S.l.], v. 46, n. 2, p. 469-495, 2020. DOI: 10.22484/2177-5788.2020v46n2p469-495. Disponível em: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/reu/article/view/3943>. Acesso em: 14 jun. 2021.

FERRO, L.F. **Centros de Convivência e Cultura: Possibilidades de construção de subjetividades, cidadania e suporte comunitário a crianças e adolescentes.** In: ALVARENGA, R.; SILVEIRA, J.I. Conexão Jovem: novas abordagens e metodologias no trabalho socioeducativo com crianças e adolescentes. Curitiba: PUCPRESS, 2021. Disponível em: <https://pucpress.pucpr.br/index.php/pucpress/catalog/view/230/297/1274-1>. Acesso em: 14 jun. 2021.

FERRO, L. F. et al. **Acompanhamento terapêutico em saúde mental: estrutura, possibilidades e desafios para a prática no SUS.** Rev. abordagem gestalt., Goiânia, v. 24, n. 1, p. 66-74, abr. 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672018000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672018000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 22 set. 2021.

FGV Direito Rio; DPERJ. **População em situação de rua: direitos humanos, políticas públicas e programas de housing first.** Rio de Janeiro, 2017. 80 p. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/19931/Cadernos%20FGV%20Direito%20Rio%20-%20S%3%a9rie%20Cl%3%adnicas%20-%20Volume%209.pdf?sequence=6&isAllowed=y>. Acesso em: 14 dez. 2021.

GAETZ, Stephen. **The Real Cost of Homelessness: Can We Save Money by Doing the Right Thing?** Toronto, 2012. Disponível em: [https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/costofhomelessness\\_paper21092012.pdf](https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/costofhomelessness_paper21092012.pdf). Acesso em: 14 dez. 2021.

GARCÍA, Roberto Bernad. **Housing First (Comments Paper for the European Commission – Spain).** Belgium, 2016. p. 5. Disponível em: [file:///C:/Users/natle/Downloads/Spain\\_BE\\_2016.pdf](file:///C:/Users/natle/Downloads/Spain_BE_2016.pdf). Acesso em: 14 dez. 2021.

HC-UNICAMP. **Manual de processos de trabalho da Unidade Saúde Mental.** 2016. 170p. Disponível em: <[https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/saude\\_mental.pdf](https://intranet.hc.unicamp.br/manuais/saude_mental.pdf)>.

Acesso em: 27 set. 2021.

HOGAR SÍ. **Memoria 2020**. 27 Slides. Disponível em: <https://hogarsi.org/wp-content/uploads/2021/12/Memoria-HOGAR-SI-2020.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2021(A).

HOGAR SÍ. **Habitat: What if we begin with housing**. Disponível em: <https://hogarsi.org/en/habitat>. Acesso em: 14 dez. 2021(B).

HOLANDA, A. F.; BENATTO, M. C. ; FERRO, L. F. **Acompanhamento Terapêutico: Clínica, Desenvolvimento e Aprimoramento**. 1. ed. Curitiba: Juruá Editora, 2020. 98p.

INTEGRAL CARE. **Transparencies: a Monthly newsletter from Integral Care, s.d**. Disponível em: <https://integralcare.org/en/transparencies1119/>. Acesso em: 14 dez. 2021.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estimativa população em situação de rua**. Disponível em: [http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=29303](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29303). Acesso em 15 nov. 2017.

JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. **A crise na rede: o SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica**. Saúde em Debate, v. 32, n. 78-79-80, 2008, p. 150-160.

KONDO, E. H. et al. **Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento**. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. v. 45, n. 2, 2011. p. 501-507. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000200028>>. Acesso em: 27 set. 2021.

MÂNGIA, E. F.; SOUZA, D. C. de; MATTOS, M. F. de; HIDALGO, V. C. **Acolhimento: uma postura, uma estratégia**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 15-21, 2002. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v13i1p15-21. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13890>. Acesso em: 17 jun. 2021.

MARTINS, R. C. A. **Cooperativas sociais no Brasil: debates e práticas na tecitura de um campo em construção**. 2009. 193 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)- Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

MENEZES, Rafael Lessa V. de Sá. **Programa de moradia de Portugal para moradores de rua deveria inspirar Brasil**. Justificando. Disponível em: <https://portal-justificando.jusbrasil.com.br/noticias/489617310/programa-de-moradia-de-portugal-para-moradores-de-rua-deveria-inspirar-brasil>. Acesso em 13 dez. 2021.

MIRANDA, F.A.C.; COELHO, E.B.S.; MORÉ, C.L.O.O. **Projeto Terapêutico Singular**. Florianópolis: UFSC, 2012. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/1089/1/PDF%20-%20Livro%20do%20Curso.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MORAES, R. C. P.; CASTRO-SILVA, C. R. **Sentidos e processos psicossociais envolvidos na inclusão pelo trabalho na Saúde Mental**. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n.3, p. 748-762, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002372015>.

Acesso em: 14 set. 2021.

NOGUEIRA, A. B. **O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte**. *Psicol. rev.* (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 15, n. 2, ago. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682009000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682009000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jan. 2021.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. **O Projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde**. Campinas, SP: [s.n.], p. 89-109, 2007. Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: [http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira\\_GustavoNunesde\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira_GustavoNunesde_M.pdf). Acesso em: 14 jun. 2021.

ONOCKO-CAMPOS, R T.; PASSOS, E.; PALOMBINI, A et al. **Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores**. 2014. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>. Acesso em: 14 jun. 2021.

ORNELAS, José. **Casas Primeiro Program in Portugal. International Conference Housing First Ending Homelessness**. Fundação Calouste Gulbenkian. 21 Slides. Lisboa, 2013. Disponível em: [http://www.housingfirstitalia.org/wp-content/uploads/2014/07/Jose\\_Ornelas\\_slides-on-results-of-Casa-Primeiro.pdf](http://www.housingfirstitalia.org/wp-content/uploads/2014/07/Jose_Ornelas_slides-on-results-of-Casa-Primeiro.pdf). Acesso em: 13 dez. 2021.

ORNELAS, José. **Seminário apresenta evidências científicas da efetividade do Housing First para população em situação de rua**. 06 dez. 2019. Diálogos União Europeia - Brasil. Disponível em : <http://www.sectordialogues.org/noticia/seminario-apresenta-evidencias-cientificas-da-efetividade-do-housing-first-para-populacao-em-situacao-de-rua> . Acesso em XX MMM. 20xx.

PAES, M. R.; BORBA, L. DE O.; MAFTUM, M. A. **Contenção física de pessoas com transtorno mental: percepções da equipe de enfermagem**. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 10, n. 2, 2012, p. 240-247.

PITIÁ, A. C. A.; FUREGATO, A. R. F. **O Acompanhamento Terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental**. *Interface Botucatu – SP*, v. 13, n. 30, p. 67-77. jul./set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n30/v13n30a07.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2021.

RIBEIRÃO PRETO(SP). **Protocolo de contenção física e mecânica**. 2018. 32p. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/protocolo-003.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2021

RIBEIRO, A. M. **A ideia de referência: o acompanhamento terapêutico como paradigma de trabalho em um serviço de saúde mental**. *Estud. psicol. Natal – RN*, v. 14, n. 1, p. 77-83. jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a10v14n1.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2021.

SÃO PAULO. Prefeitura. **Cartilha de enfrentamento ao desaparecimento: orientações e direitos na busca de uma pessoa desaparecida.** São Paulo (SP): Prefeitura de São Paulo, 2016. 55 p.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial a cidadania possível.** Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

SCARCELLI, I. R. **O movimento antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental: a experiência do município de São Paulo 1989-1992.** 1998. Dissertação (mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCARCELLI, I. R.; ALENCAR, S. L. S. **Saúde Mental e Saúde Coletiva: Intersectorialidade e participação em debate.** Cad. Bras. Saúde Mental, v. 1, n. 1, jan-abr. 2009.

SOLOMITA, Mariángel. **Mides abre postulaciones para vivienda: ¿de qué se trata el nuevo buque insignia?** El País, 2021. Disponível em: <https://www.elpais.com.uy/que-pasa/mides-abre-postulaciones-vivienda-propia-trata-nuevo-buque-insignia.html>. Acesso em: 15 dez. 2021.

THE HOMELESS HUB; CAEH. **The Homelessness in Canada, Toronto, 2013.** Disponível em: [https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013\\_execsummary\\_web.pdf](https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC2013_execsummary_web.pdf). Acesso em: 14 dez. 2021

TINLAND, Aurélie; GIRARD, Vincent; LOUBIÈRE, Sandrine; AUQUIER, Pascal. **UN CHEZ SOI D'ABORD: Rapport intermédiaire de la Recherche Volet quantitatif,** 2016. Disponível em: [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport\\_interm\\_recherche\\_quanti\\_mai\\_2016\\_ucfdb.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/11/rapport_interm_recherche_quanti_mai_2016_ucfdb.pdf). Acesso em: 13 dez 2021.



SECRETARIA NACIONAL  
DE PROTEÇÃO GLOBAL

MINISTÉRIO DA  
MULHER, DA FAMÍLIA E  
DOS DIREITOS HUMANOS



PÁTRIA AMADA  
**BRASIL**  
GOVERNO FEDERAL