



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

Mulheres e saúde mental: o perfil e trajetória de mulheres acolhidas em uma casa de passagem em Taguatinga – DF, Brasil em 2022

VALÉRIA REGINA SOUZA ALMEIDA

Prof. Dr. Éverton Luís Pereira

Brasília - DF

2024

Valéria Regina Souza Almeida

Mulheres e saúde mental: o perfil e trajetória de mulheres acolhidas em uma casa de passagem em Taguatinga – DF, Brasil em 2022

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Everton Luís Pereira

Brasília – DF

2024

Valéria Regina Souza Almeida

Mulheres e saúde mental: o perfil e trajetória de mulheres acolhidas em uma casa de passagem em Taguatinga – DF, Brasil em 2022

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Aprovado em 28/06/2022

Banca Examinadora

Prof. Dr. Everton Luís Pereira - presidente
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr^a. Muna Muhammad Odeh - avaliador (a)
Universidade de Brasília - UnB

Prof. Dr^a. Ana Luísa Coelho Moreira - avaliador (a)
Ministério da Igualdade Racial

Prof. Dr^a. Dais Gonçalves Rocha - suplente
Universidade de Brasília - UnB

Brasília

2024

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Am

Almeida, Valéria Regina Souza

Mulheres e saúde mental: o perfil e trajetória de mulheres acolhidas em uma casa de passagem em Taguatinga - DF, Brasil em 2022 / Valéria Regina Souza Almeida; orientador Éverton Luís Pereira. -- Brasília, 2024. 168 p.

Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) -- Universidade de Brasília, 2024.

1. Casa de passagem. 2. Mulheres. 3. Transtorno Mental. 4. Deficiência. 5. Violência. I. Pereira, Éverton Luís, orient. II. Título.

“Não sei quantas almas tenho.

Cada momento mudei.

Continuamente me estranho.

Nunca me vi nem achei.

De tanto ser, só tenho alma”.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

A realização desta tese de mestrado representa uma jornada desafiadora e gratificante, que não teria sido possível sem o apoio, orientação e incentivo de muitas pessoas especiais. É com profunda gratidão que gostaria de expressar meus agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a conclusão deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço ao meu orientador, Everton Luís Pereira, que tanto me ensinou e apoiou durante essa jornada, por sua inestimável orientação, paciência e apoio contínuo. Sua expertise e dedicação foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho. Sou grata pelas valiosas discussões, sugestões construtivas e pelo encorajamento constante ao longo de toda a pesquisa.

Agradeço também aos meus professores e colegas do programa de mestrado, cujas contribuições acadêmicas e pessoais enriqueceram minha experiência de aprendizado. Suas críticas construtivas, debates intelectuais e apoio moral foram essenciais para o meu crescimento acadêmico e profissional.

Não poderia deixar de agradecer à minha família, em especial às minhas filhas, Emilly e Natália, pelo amor incondicional, apoio emocional e incentivo. Agradeço também aos meus pais, Jorge e Tereza, por estarem sempre ao meu lado e acreditarem em mim. Ao meu esposo, Marlus, agradeço pelo apoio, compreensão e pelos momentos de descontração que me ajudaram a manter o equilíbrio durante este período intenso de estudos.

Gostaria de expressar minha gratidão aos profissionais e acolhidas da casa de passagem, Casa Flor, que participaram do estudo, por sua colaboração e disposição em compartilhar suas experiências, conhecimentos e histórias de vida.

Por fim, agradeço a Deus, por me dar força, coragem e resiliência para superar os desafios e concluir esta etapa tão importante da minha vida.

A todos, meu sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

A deficiência é vista como uma experiência complexa e multidimensional, o que causa certa dificuldade de mensuração, principalmente, nos aspectos relacionados aos transtornos mentais que englobam um amplo espectro de condições graves e/ou incapacitantes. A existência de mulheres com algum tipo de transtorno mental ou deficiência acolhidas em casas de passagem pode ser considerada uma questão social e de saúde pública que reflete não só as situações de vulnerabilidade, desigualdade, histórico de abusos, violências, situação de rua, mas também, revelam as nuances da indiferença, invisibilidade e de um silenciamento histórico vivenciado pelas mulheres que são capazes de nos levar à reflexão sobre: “quem são elas; qual sua história; e do porquê e como chegaram ali”. E embora se reconheça a existência de uma grande vulnerabilidade nessa população, é essencial aprofundar a compreensão das condições socioeconômicas, estilos de vida e comorbidades e transtornos mentais de mulheres que se encontram acolhidas em casas de passagem, uma vez que, diversos são os fatores sociais envolvidos na saúde mental e no bem-estar das mulheres ao longo da vida. Objetivo: Compreender a trajetória e realidade de mulheres com transtornos mentais acolhidas em uma casa de passagem na Região Administrativa de Taguatinga, Distrito Federal, Brasil, descrevendo as trajetórias e vivências dessas mulheres. Metodologia: O presente estudo possui caráter descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido na unidade de acolhimento Casa Flor – Taguatinga - Distrito Federal no período de 2021 e 2022. Foram analisados trinta e um prontuários de mulheres que estiveram acolhidas na casa de passagem Casa Flor durante o período do estudo. Participaram da fase de entrevistas semiestruturadas cinco mulheres que possuíam algum tipo de transtorno mental, cujo conteúdo analisado e interpretado denota uma construção de sentidos através da análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Resultados: A análise destas trajetórias permitiu reconhecer a existência de diferentes perfis de mulheres vivendo dentro de uma casa de passagem. No entanto, apesar das diferentes características, percebe-se que estas mulheres possuem em comum uma acentuada vulnerabilidade psíquica e emocional com histórico de violência e abusos, abandono, relações familiares conflituosas que levaram ao rompimento de vínculos familiares e afetivos, histórico de doenças crônicas, deficiências, transtornos mentais e vidas marcadas pela situação de rua. Tais fatores as levaram a buscar refúgio em instituições de acolhimento para fugir de situações vivenciadas em seus cotidianos indicando vulnerabilidades e sofrimento psíquico. Considerações finais: Os sentidos das vivências reproduzidos por mulheres com transtorno mental que vivem em casas de passagem trazem visibilidade às suas características, situações de vulnerabilidade, condições de vida e saúde. E levam a uma reflexão acerca da fragilidade de seus processos sociais e do adoecimento que estas vivenciam em seus cotidianos revelando suas necessidades e perspectivas para um futuro. Podendo servir de caminho para o avanço das políticas públicas e ações voltadas ao cuidado de mulheres com transtornos mentais que se encontram vivendo em instituições de acolhimento.

Palavras-chave: Casa de passagem; Mulheres; Transtorno Mental; Deficiência; Violência.

ABSTRACT

Disability is viewed as a complex and multidimensional experience, which causes certain measurement difficulties, especially in aspects related to mental disorders that encompass a wide spectrum of severe and/or disabling conditions. The presence of women with some type of mental disorder or disability sheltered in halfway houses can be considered a social and public health issue that reflects not only situations of vulnerability, inequality, history of abuse, violence, and homelessness but also reveals nuances of indifference, invisibility, and historical silencing experienced by these women. This reality leads us to reflect on: "who are they; what is their story; and why and how did they end up there." Although the significant vulnerability of this population is recognized, it is essential to deepen the understanding of the socioeconomic conditions, lifestyles, comorbidities, and mental disorders of women who are sheltered in halfway houses, as various social factors are involved in women's mental health and well-being throughout their lives. Objective: To understand the trajectory and reality of women with mental disorders sheltered in a halfway house in the Administrative Region of Taguatinga, Federal District, Brazil, by describing their trajectories and experiences. Methodology: This study has a descriptive and exploratory character with a qualitative approach, developed at the Casa Flor shelter unit in Taguatinga, Federal District, during the period of 2021 and 2022. Thirty-one medical records of women who were sheltered at Casa Flor during the study period were analyzed. Five women with some type of mental disorder participated in the semi-structured interview phase, with their content analyzed and interpreted to construct meanings through Bardin's content analysis method (2011). Results: The analysis of these trajectories allowed for the recognition of different profiles of women living in a halfway house. However, despite their different characteristics, it was noted that these women share a pronounced psychological and emotional vulnerability with a history of violence and abuse, abandonment, and conflictual family relationships that led to the rupture of family and affective bonds. They also have a history of chronic diseases, disabilities, mental disorders, and lives marked by homelessness. These factors led them to seek refuge in shelter institutions to escape situations experienced in their daily lives, indicating vulnerabilities and psychological suffering. Final Considerations: The meanings of the experiences reproduced by women with mental disorders living in halfway houses bring visibility to their characteristics, situations of vulnerability, and living and health conditions. This leads to a reflection on the fragility of their social processes and the illness they experience in their daily lives, revealing their needs and perspectives for the future. These insights can serve as a pathway for advancing public policies and actions aimed at caring for women with mental disorders living in shelter institutions.

Keywords: Shelter; Women; Mental Disorder; Disability; Violence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma dos níveis de proteção social, complexidade, equipamentos, serviços e benefícios do SUAS pensado na lógica proteção e cuidado das pessoas com deficiência.....30

Figura 2 - Quadro síntese: Tipificação dos serviços socioassistenciais organizado por níveis de complexidade do SUAS.....31

Figura 3 Fluxograma: panorama do acolhimento no período de estudo entre 2021 - 2022 e critérios de seleção para realização das entrevistas com as acolhidas na Casa Flor.....37

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária em Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CDPD - Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CF/88 - Constituição Federal brasileira de 1988

CNAS - Conferência Nacional de Assistência Social

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializados de Assistência Social

DF – Distrito Federal

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA - Instituto de Pesquisa econômica Aplicada

LBI - Lei brasileira de inclusão das pessoas com deficiência

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

NOB SUAS - Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social

PcD - Pessoas com deficiência

OMS - Organização Mundial de Saúde

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PPA - Plano Plurianual

PSB - Proteção Social Básica

PSE - Proteção Social Especial

RAs - Regiões Administrativas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RT - Residências Terapêuticas

SRT - Serviços de Residências Terapêuticas

SUAS - Sistema Único da Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TM – Transtornos Mentais

TMG - Transtorno mental grave

TOC - Transtorno obsessivo compulsivo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVO GERAL.....	18
4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
5. REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
5.1 Contextualização da deficiência.....	19
5.1.1 Deficiência mental e transtorno mental.....	21
5.2.1 Organização da Política de Assistência Social e a função de proteção social	28
5.2.2 Assistência Social e as Proteções afiançadas.....	30
5.2.3 Acolhimento Institucional.....	34
5.4 Articulação e intersetorialidade entre Sistema único de Assistência Social e o	
Sistema Único de Saúde.....	36
6. MÉTODO.....	40
6.1 Delineamento.....	40
6.2 Participantes e Universo da pesquisa.....	40
6.3 Instrumentos e técnicas de coleta de dados.....	42
6.4 Organização e Análise de dados.....	44
6.5 Contexto da Pesquisa.....	44
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
7.1 Artigo Científico 1.....	47
7.2 Artigo Científico 2.....	70
7.3 Produto Técnico.....	92
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
8.1 Recomendações.....	143
9. REFERÊNCIAS.....	144
11. APÊNDICE.....	152
12. ANEXOS.....	153
Anexo 1.....	154
Anexo 2.....	155
Anexo 3.....	157
Anexo 4.....	160
Anexo 5.....	162
Anexo 6.....	166

1. INTRODUÇÃO

A presença de mulheres com transtornos mentais ou deficiências em casas de passagem é uma questão social e de saúde pública que evidencia vulnerabilidade, desigualdade, histórico de abusos e violências, além da situação de rua. Isso também revela a indiferença, invisibilidade e silenciamento histórico enfrentado pelas mulheres, somado ao estigma da loucura. É crucial aprofundar a compreensão das condições socioeconômicas, estilos de vida e comorbidades relacionadas aos transtornos mentais entre as mulheres, dada a complexidade dos fatores sociais que impactam sua saúde mental e bem-estar ao longo da vida (SENICATO e BARROS, 2018).

Os transtornos mentais estão se tornando cada vez mais relevantes, pois têm o potencial de impactar significativamente diversas esferas, tais como saúde, economia, educação e serviços sociais, contribuindo de forma significativa para o aumento da carga global de doenças não transmissíveis, além de representar uma proporção substancial das causas de morbidade e incapacidade na população mundial (WHO, 2019).

Em uma perspectiva global, estima-se que mais de 1 bilhão de pessoas, cerca de 16% da população mundial, vivam com algum tipo de deficiência ou transtorno mental (WHO, 2021). Esse número tem uma tendência a crescer devido a uma série de fatores, como as tendências demográficas, os determinantes sociais da saúde e os fatores de risco que contribuem para o surgimento e agravamento das condições crônicas de saúde (WHO, 2021). No Brasil, no ano de 2010, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apontou que, aproximadamente, 46 milhões de brasileiros, residentes no país, apresentavam algum grau de dificuldade ou deficiência, representando cerca de 24% da população para aquele período (IBGE, 2010).

A deficiência é considerada uma experiência complexa e multidimensional, o que dificulta sua mensuração (OMS, 2011), especialmente no caso da deficiência mental, que também engloba um amplo espectro de condições relacionadas aos transtornos mentais (TM).

Os avanços trazidos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) possibilitaram uma melhor definição do que significa ser uma pessoa com deficiência e a inclusão de uma diversidade heterogênea de pessoas com deficiência, incluindo aqueles com deficiência física, mental, intelectual e sensorial (BRASIL, 2009a). Ela destaca que, pessoas com deficiência, ao interagirem com barreiras limitadoras, podem ter sua participação social em igualdade de condições com as demais pessoas, obstruída ou mesmo reduzida (BRASIL, 2009a) gerando uma série de consequências que vão desde a restrição de direitos à redução de funcionalidade em atividades cotidianas como trabalho e estudo, dificuldades de acesso aos serviços de saúde adequados (WHO, 2021).

Os transtornos mentais, por estarem relacionados à questões de ordem social, econômicas e de saúde, conseguem se encaixar ao conceito de deficiência exposto na Convenção (COSTA, 2011), pois, quando estão relacionados aos determinantes sociais e de saúde (WHO, 2014), além de influenciar na funcionalidade psíquica e na vida social de uma pessoa, acabam acarretando mais limitações ao interagirem com barreiras limitadoras aumentando os níveis de vulnerabilidade dessas pessoas (ABREU et. al., 2020). Ao longo da história, pessoas com transtornos mentais e pessoas com deficiência estiveram inseridas entre os grupos considerados socialmente mais vulneráveis, não em questão numérica, mas sim em quantitativo de poder, desfavorecimento, de diferença no que tange aspectos socioeconômicos de um grupo em relação ao outro, cerceamento de direitos e consequente exclusão social (MADRUGA, 2021, p.10).

A invisibilidade e segregação de grupos socialmente vulneráveis aumenta o nível de insegurança que abriga experiências de violência, descaso, abandono, preconceito e negação de suas necessidades pessoais em saúde, assim como uma urgente necessidade de proteção social. É sabido que, pessoas com deficiência frequentemente têm necessidades de saúde mais complexas e enfrentam maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde (MADRUGA, 2021, p.10). Apesar dos esforços para assegurar a continuidade dos serviços, populações em situação de maior vulnerabilidade e com necessidades especiais são negligenciadas nos cuidados básicos de saúde, o que pode aumentar as desigualdades. (HAO YAO et al. 2020).

Para Oliveira, *et al.* (2023), algumas questões ligadas à vulnerabilidade feminina e o desenvolvimento de transtornos mentais estão intrinsecamente relacionadas aos casos de violência, abusos e violações de direitos ligados ao papel da mulher na sociedade, principalmente em casos relacionados a mulheres. Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) 2023, apontam que pessoas com deficiência incorrem em maior risco de sofrer violência devido à dependência, à desigualdade de poder em relação a familiares e cuidadores, às barreiras de comunicação, aos estereótipos e ao estigma. Sendo que, a taxa de notificações de violências contra pessoas com deficiência por sexo e tipo de deficiência no Brasil no ano de 2021, maior entre as mulheres com deficiência intelectual (CERQUEIRA e BUENO, 2023). Essas são questões que mantêm posições, talvez um pouco mais acentuadas, entre aquelas mulheres que se encontram em situação de rua, pois parecem fazer parte de um mesmo ciclo em que a violência exerce um papel central e marcante nas condições de saúde mental e física (COLDIBELI, 2021).

Conforme destacado por Kozloff *et al.* (2021), as pessoas com transtornos mentais enfrentam um maior risco de serem negligenciadas, abandonadas e até mesmo de se encontrarem em situação de rua. Como resultado, muitas delas buscam refúgio em moradias coletivas, como abrigos institucionais, casas de passagem e residências inclusivas ou acabam sendo hospitalizadas. Os autores salientam que essas circunstâncias podem aumentar os fatores de risco e vulnerabilidade dessa população (KOZLOFF *et al.* 2021). Além disso, o abandono e a invisibilidade das pessoas com transtorno mental ou com deficiência mental refletem apenas uma parte do quanto essa população é negligenciada, o que suscita mais reflexões sobre os fatores que podem contribuir para o agravamento de seu sofrimento psicológico (LI & ZHANG, 2020).

A falta de informações sobre a situação de saúde de pessoas com deficiência, especialmente daquelas que vivem em instituições de acolhimento resulta em violações graves que necessitam ser discutidas considerando as questões sociais que expõe os abismos relacionados à pobreza, violência, acesso à comunicação, serviços essenciais, a assistência social e outros (RAIOL *et al.* 2021; MATA *et al.* 2020). Sendo de interesse público conhecer mais sobre as condições de vida e vulnerabilidade das pessoas que residem nessas instituições, assim como, entender

melhor como os serviços de acolhimento institucional se relacionam com a atenção primária em saúde no que diz respeito ao acesso e tratamento de condições crônicas de saúde dos residentes. (RAIOL *et al.* 2021).

O acolhimento institucional é um dos mecanismos de proteção social do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), cujo principal objetivo é garantir a proteção integral de famílias ou indivíduos que se encontram fragilizados ou com vínculos familiares rompidos. Apesar de funcionar como um espaço de integração, reconstrução e fortalecimento de vínculos, em colaboração com o Sistema Único de Saúde (SUS) e políticas públicas de garantia de direitos, ainda há pouco conhecimento sobre a situação das pessoas acolhidas nessas instituições (Brasil, 2004; MACHADO *et al.* 2020). Diante dessas questões, torna-se imprescindível a evolução da capacidade de resposta da saúde pública e a garantia de apoio aos serviços de atendimento socioassistencial e de continuidade dos cuidados em saúde adequados àqueles que enfrentam situações de transtornos mentais, violências, negligência, uso e abuso de álcool e drogas, condições crônicas e violações de direitos (SARTI *et al.* 2020; GUNNELL *et al.* 2020; FARO *et al.* 2020; TEIXEIRA *et al.* 2020).

O presente trabalho tem por objetivo refletir sobre a trajetória de mulheres com transtornos mentais que, por diversas razões, procuram acolhimento em casas de passagem. Portanto, as narrativas visam compreender a trajetória e a realidade dessas mulheres acolhidas em uma casa de passagem na Região Administrativa de Taguatinga, Distrito Federal, Brasil, a partir de suas vozes e experiências até a chegada à casa de passagem, abordando, sem exaurir o tema, quem são essas mulheres, suas vivências e trajetórias.

Este trabalho é uma das extensões do projeto de pesquisa: Pessoas com deficiência vivendo em acolhimentos institucionais: consequências da COVID-19, autonomia e organização da rede de cuidado, coordenado pelo Dr. Everton Luís Pereira (DSC/PPGSC/PPGECsA – UnB), que tem por objetivo conhecer a realidade das pessoas com deficiência que vivem em instituições de acolhimento no Brasil durante e após a pandemia da COVID-19.

Pergunta de pesquisa

Qual a trajetória de mulheres com transtorno ou deficiência mental vivendo em casas de passagem aos serviços de saúde da Atenção Primária no Distrito Federal?

A estrutura deste trabalho foi planejada para facilitar a compreensão e a aplicação dos resultados obtidos. Primeiramente, serão apresentados os fundamentos teóricos e metodológicos que embasam a pesquisa. Em seguida, os resultados serão detalhados em dois artigos científicos, cada um explorando distintos aspectos e descobertas do estudo. Além dos artigos, foi elaborado um produto técnico com o objetivo de aplicar os conhecimentos adquiridos em contextos práticos.

2. JUSTIFICATIVA

A saúde mental é crucial para o bem-estar geral e tem um impacto significativo na qualidade de vida das pessoas. Mulheres com transtornos mentais enfrentam desafios únicos e agravados devido à interseção de fatores sociais, econômicos e culturais. Essas dificuldades são ainda mais evidentes para aquelas que vivem em instituições de acolhimento, como casas de passagem. Esse contexto é marcado por diversas vulnerabilidades que requerem atenção e intervenção específicas, destacando-se como um campo de estudo essencial para a saúde pública e a política social.

Estudar as condições de saúde e vida de mulheres com transtornos mentais ou deficiência mental que se encontram vivendo em em casas de passagem é relevante por várias razões. Em primeiro lugar, essas mulheres representam uma população extremamente vulnerável e frequentemente invisível aos olhos da sociedade e das políticas públicas. Elas são mais suscetíveis a abusos, violência e negligência, tanto dentro quanto fora das instituições de acolhimento. Em segundo, o fato de visão biomédica ainda persistir espalhada na sociedade, contribuindo para maior suscetibilidade à violência, uma vez que, pessoas com deficiência, sofrem uma invisibilização e desvalorização social, o que pode acabar dificultando que garantias de direitos fundamentais lhes sejam assegurados da mesma forma que aos demais (CERQUEIRA e BUENO, 2023)..

Compreender as condições de saúde e de vida dessas mulheres é essencial para o desenvolvimento de políticas de saúde pública eficazes e inclusivas. A falta de dados específicos sobre esta população impede a criação de estratégias de intervenção adequadas, perpetuando o ciclo de vulnerabilidade e exclusão. Ao estudar essa população, é possível desvelar como as múltiplas dimensões de vulnerabilidade, que incluem questões de gênero, saúde mental e falta de moradia, interagem e impactam a vida dessas mulheres.

Além disso, os resultados deste estudo podem fornecer informações valiosas para a formulação de políticas públicas e programas de intervenção direcionados.

Identificar as necessidades específicas e os desafios enfrentados por essas mulheres permitirá o desenvolvimento de estratégias mais eficazes para promover sua inclusão social e melhorar sua qualidade de vida.

Este estudo não só contribuirá para a literatura acadêmica, mas também tem o potencial de gerar um impacto social significativo. Ao destacar as experiências de uma população marginalizada e invisibilizada, a pesquisa pode influenciar mudanças práticas na forma como as políticas e os serviços de saúde mental são planejados e implementados. Em suma, este estudo visa preencher uma lacuna crítica no conhecimento sobre a saúde mental de mulheres em situação de acolhimento, oferecendo insights valiosos para a formulação de políticas públicas inclusivas e eficazes. A relevância social e acadêmica do tema justifica amplamente a necessidade de sua investigação, buscando contribuir para a melhoria da qualidade de vida e para a promoção da justiça social para essas mulheres.

3. OBJETIVO GERAL

- Compreender a trajetória e realidade de mulheres com transtornos mentais acolhidas em uma casa de passagem na Região Administrativa de Taguatinga, Distrito Federal, Brasil.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a trajetória de mulheres com transtornos mentais que se encontram acolhidas em uma casa de passagem.
- Retratar a percepção das mulheres acolhidas sobre sua vivência na Casa Flor e história de vida.
- Relatar os diferentes fatores e contextos que levaram estas mulheres a viver em situação de acolhimento institucional.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Contextualização da deficiência

A percepção sobre o que é deficiência vem se transformando ao longo dos anos, no entanto, ainda oscila entre o modelo médico e o social a depender do momento e sua relação cultural. Mesmo com o progresso histórico, em termos políticos, a compreensão equivocada e carregada de estigma ainda permanece enraizada na sociedade incidindo de forma negativa e cerceadora de direitos daqueles com deficiência. É preciso ter a compreensão de que a deficiência não é apenas um conceito biomédico, pois ela vai além de termos políticos para superar as desigualdades sociais impostas (DINIZ, 2007).

Contextualizar a deficiência é uma tarefa complexa. Em 2009, a legislação brasileira adotou a definição da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, que define pessoa com deficiência como alguém que tem um impedimento de longo prazo, seja físico, mental, intelectual ou sensorial, o que pode prejudicar ou até mesmo impedir sua participação na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, devido à presença de barreiras (BRASIL, 2009a; 2015). Na perspectiva epistemológica essa visão do que é a deficiência vem se modificando ao longo dos anos, deslocando-se para o campo dos saberes sociais, onde a deficiência passou a ser compreendida como um dos componentes da diversidade humana resultante da interação de problemas de saúde, fatores pessoais e ambientais que necessita ser tratada na esfera da promoção da justiça social. Pode-se assim dizer que, a deficiência é uma parte da experiência humana, e quase todos enfrentarão algum tipo de deficiência, temporária ou permanente, em algum momento da vida (SANTOS, 2016).

A promulgação do Decreto de nº 6.949/2009, que ratificou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovada na Assembleia Geral das Nações Unidas, abriu novos horizontes rumo à promoção da justiça social. A Convenção reconheceu o conceito dinâmico de que a deficiência está em constante processo de evolução e que resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras

atitudinais e ambientais, que impedem sua plena e efetiva participação em sociedade em igual condições de oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2009a).

considerando o contexto da pandemia nos aspectos sociais, políticos e econômicos em que as pessoas com deficiência estão inseridas, Pereira *et al.* (2021), chamam a atenção para a probabilidade de que essas pessoas estejam entre as populações mais afetadas pela Covid-19. Isso se deve ao risco aumentado de contrair a doença em razão de diversos fatores relacionados ao contexto em que se insere a deficiência, bem como às dificuldades de acesso aos serviços de saúde (OPAS, 2020). É evidente, no cenário de grandes emergências de saúde pública, as implicações da deficiência como resultado da interação entre limitações corporais e diversas barreiras, refletindo as desigualdades em saúde (MATTA *et al.* 2021).

Para Matta *et al.* (2021), as iniquidades em saúde, aliadas à violência e ao enfrentamento de emergências em saúde pública, têm trazido grande preocupação, especialmente devido à invisibilidade das informações em saúde dos dados a respeito de pessoas com deficiência frente à presente emergência sanitária. Os autores destacam que não é a primeira vez que ocorre esse apagamento de dados e falta de reconhecimento dessa população diante de emergências de saúde pública. A justificativa apresentada se baseia na baixa representação numérica dos atendimentos às pessoas com deficiência, o que resulta na necessidade de desenhos de pesquisa específicos, mas que não são prioritários frente às demandas da maioria da população.

Apesar da invisibilidade das informações, a Organização Mundial de Saúde aponta que pessoas com deficiência correm um risco maior de adoecimento e podem apresentar condições de saúde mais precárias em comparação com outras pessoas. Ao abordarmos o tema de forma mais ampla, é importante observar que a deficiência, muitas vezes, pode estar associada a diversos problemas de saúde comuns, que demandam uma necessidade significativa de cuidados. Essas condições, frequentemente, são o ponto de partida para deficiências ou limitações motoras, sensoriais, mentais, entre outras. E sem o devido cuidado, há o risco de agravamento dessas condições para estados de saúde secundários ou crônicos, exigindo a necessidade de assistência especializada (OMS, 2011). E embora as

condições relacionadas às deficiências e adoecimentos estejam associadas a privações, cabe observar que, nem todas as pessoas com deficiência são igualmente desprovidas. Pode-se dizer que algumas apenas enfrentam mais desvantagens e agravamentos de suas condições de saúde do que outras (OPAS, 2022).

5.1.1 Deficiência mental e transtorno mental

A deficiência é vista como uma experiência complexa e multidimensional, o que causa certa dificuldade de mensuração (OMS, 2011), principalmente no que tange à deficiência mental, por englobar um amplo espectro de condições relacionadas a doenças ou transtornos mentais definidos nas classificações internacionais da OMS. É importante observar que muitas dessas condições não atendem ao critério geral da Lei brasileira de inclusão das pessoas com deficiência (LBI), ou seja, não se enquadram nas condições que geram impedimento de longo prazo (GONZALEZ, 2021). Durante muito tempo, a deficiência mental não foi definida de maneira específica na legislação brasileira, podendo englobar um amplo espectro de condições que geram dúvidas sobre seu enquadramento dentro do rol do que pode ser considerado deficiência mental.

Com a expansão do conceito sobre a deficiência trazido pela CDPD, incorporado pela LBI, veio a oportunidade de inserir as condições relacionadas aos transtornos mentais no contexto das deficiências, como categoria a ser protegida pelo arcabouço da CDPD, ampliando assim, o acesso a mais direitos (CERQUEIRA e BUENO, 2023). No entanto, a expansão de direitos que intenta garantir a igualdade ainda esbarra na necessidade de legislações específicas e a superação do abismo existente entre a teoria e a realidade, entre a norma e a aplicação, para que, então, se torne efetiva. Isso torna necessária a implementação de ações corretivas advindas de políticas afirmativas para alcançar tal finalidade (GONZALEZ, 2021).

Os transtornos mentais são considerados um problema crescente no mundo, atingindo cerca de 1 bilhão de pessoas em 2019. Segundo dados da OMS, os transtornos mentais foram a principal causa de anos vividos com deficiência,

chegando a 16.6%, ou seja, uma em cada seis pessoas no mundo sofria com algum tipo de transtorno mental no ano de 2019. No mesmo ano também foi apontado que os problemas mentais, neurológicos e transtornos por uso de substâncias, somados, foram responsáveis por mais de 10% da carga global de doenças em termos de anos de vida ajustados por incapacidade . E ao olhar especificamente para os transtornos mentais, observa-se que, estes, representam mais de 5% da carga (WHO, 2022a).

O Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5) classifica o transtorno mental como sendo uma síndrome caracterizada por um distúrbio clinicamente significativo na cognição, regulação emocional ou comportamento do indivíduo que altera o funcionamento dos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento implícitos ao funcionamento mental, causando assim, sofrimento e/ou incapacidades que podem afetar as atividades sociais, profissionais e outras importantes na vida de um indivíduo (AAP, 2014).

De acordo com a OMS (2011), existe uma grande diversidade de transtornos mentais com diferentes níveis e características, geralmente associados ao sofrimento. A classificação mais ampla dos transtornos mentais está relacionada com as condições de saúde mental, pois abrange tanto os transtornos mentais, como as deficiências psicossociais e outros. Cerqueira e Bueno (2023), destacam que a Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência refere-se ao termo “Transtorno Mental” como “Deficiência Mental”.

E está claro que as condições físicas, intelectuais, sensoriais podem ou não ser atenuadas, ou agravadas por barreiras socioambientais, o que pode acabar favorecendo às violações dos direitos humanos, discriminações, estigmas e o não recebimento de assistência em saúde adequada. Com base nisso, pode-se assim dizer então que os determinantes da saúde mental e dos transtornos mentais vão muito além dos atributos individuais da pessoa, pois envolvem uma série de fatores como, por exemplo: sociais, culturais, econômicos, políticos, ambientais, genéticos, nutricionais e outros (OMS, 2011, OPAS, 2022; WHO, 2022b).

Para Costa (2011), reconhecer e incluir as pessoas com transtorno mental em seu rol das pessoas com deficiências trouxe uma sensação de justiça, que

permitiu que pessoas com transtorno mental, historicamente marginalizadas e excluídas, sejam incluídas socialmente e tenham acesso às políticas públicas e outros benefícios voltados às pessoas com deficiência (COSTA, 2011; FEMINELLA e LOPES, 2016).

De acordo com Proaño *et al.* (2021), os transtornos mentais têm se tornado mais relevantes para as questões de saúde pública, uma vez que possuem uma expressiva participação na carga associada às incapacidades. E em países da América Latina, signatários da Comissão sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a deficiência mental é considerada existente quando envolve os transtornos mentais que causam alterações significativas e incapacitantes com impedimentos de longo prazo prejudiciais às funções dos processos psicológicos, biológicos e sociais (PROAÑO *et al.* 2021). No Brasil, foi através da Comissão sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e da Lei Brasileira de Inclusão que algumas condições de transtornos mentais graves persistentes que causam incapacidades puderam ser enquadradas na categoria de deficiência mental (GONZALES, 2021).

Segundo o Viva/Sinan/Ministério da Saúde, o transtorno mental é conceituado da seguinte forma:

[...] compreende os quadros graves, a exemplo de: esquizofrenia, transtorno bipolar afetivo, transtorno obsessivo compulsivo (TOC), transtorno do espectro do autismo, demência, como na doença de Alzheimer e demências de outras origens; inclui também uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2016).

As consequências funcionais dos transtornos mentais estão associadas a uma série de disfunções que afetam tanto o âmbito social quanto o profissional. Muitas vezes, os transtornos mentais não se restringem a um único diagnóstico, pois os sintomas podem abranger várias categorias diagnósticas e indicar vulnerabilidades subjacentes comuns a um conjunto mais amplo de transtornos (AAP, 2014).

Em relação às comorbidades, de acordo com Leucht *et al.* (2007), estas costumam ser mais ativas em pessoas com transtornos mentais, o que está em

consonância com os estudos de Sepúlveda-Torres *et al.* (2021), quando afirmam que essas pessoas são mais propensas a experimentar comorbidades médicas. Isso inclui os transtornos por abuso de álcool e outras drogas, ganho de peso, diabetes, síndrome metabólica, doenças cardiovasculares e pulmonares (AAP, 2014).

Existem diversos transtornos mentais agudos que, quando negligenciados e não tratados de forma adequada, podem levar à ruína socioeconômica, à situação de rua, lesões, morte e episódios depressivos. A adoção de estratégias eficazes para a prevenção e cuidados são cruciais para aliviar o sofrimento causado por eles. Além disso, pessoas com transtornos mentais necessitam de uma ampla rede de apoio que vai além dos serviços de saúde e apoio social que lhes permitam acessar serviços adaptados às suas necessidades (OPAS, 2018).

Nesse sentido, a família também pode ser considerada como um importante ator social que faz parte dessa rede de apoio às pessoas com transtornos mentais e entendida como provedora de cuidados essenciais com potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes (BORBA, 2011). Entretanto, ao se olhar por um outro lado, a família também pode desempenhar um papel adoecedor. Dados do Ipea (2023), apontam que 50% dos casos notificados de violência contra pessoas com deficiência ocorrem no âmbito doméstico ou familiar. E quando considerada as taxas de notificações contra pessoa com deficiência por sexo e tipo de deficiência, observa-se que o número de notificações é bem mais elevado para o grupo de mulheres com deficiência intelectual (45,0 notificações para cada 10 mil pessoas com deficiência), quando comparadas aos homens na mesma condição (IPEA, 2023). Embora, enfrentem os mesmo tipos de violência que as pessoas sem deficiência, pessoas com deficiência ou transtornos mentais enfrentam maior risco de sofrer algum tipo de violência, em razão de fatores como dependência e desequilíbrio nas relações de poder no que diz respeito a familiares e cuidadores, barreiras de comunicação, estereótipos e estigma (IPEA, 2023).

Do ponto de vista não há outro diagnóstico que traga mais estigma do que o transtorno mental. De acordo com Machado (2006), esse fato não é fundamentado nas incapacidades trazidas pela condição em si, mas sim pelas discriminações que pessoas com transtornos ou deficiência mental sofrem. Essa situação ainda é considerada um grande obstáculo, pois é capaz de influenciar o indivíduo de

maneira negativa e interferir na busca por tratamento ou ajuda nos casos de violência, elevando os níveis de risco e vulnerabilidade dessas pessoas. A falta de visibilidade também é outro fator capaz de influenciar no acesso ao tratamento adequado, resultando no isolamento social e dificuldades para encontrar moradia, emprego e atendimento em saúde apropriado e de qualidade (SILVA *et al.* 2017).

A invisibilidade, o rompimento e/ou fragilização dos vínculos familiares também corroboram para ocultar situações de violência, descaso, abandono, cerceamento de direitos, aumentando a situação de vulnerabilidade dessas pessoas. Nesse contexto, a Política Nacional de Assistência Social reflete a organização da assistência social por meio do SUAS, com dispositivos de Proteção Socioassistencial considerados fundamentais para o acolhimento, inclusão social, profissional e defesa dos direitos das pessoas com deficiência. (BRASIL, 2004; 2015).

Todavia, existe um importante debate a respeito do local onde as pessoas com transtornos mentais rejeitados por seus familiares e sociedade ou em processo de desinstitucionalização deveriam ser acolhidas. A questão é se essas pessoas deveriam ser acolhidas pela rede do SUAS, permitindo que, em momentos transitórios, possam ficar em acolhimento "comuns", junto com as demais pessoas, como em casas de passagem (BRASIL, 2004; 2009b; 2009c). Ou se deveriam ser acolhidas pelos Serviços de Residências Terapêuticas (SRT) no âmbito do SUS, que fazem parte da estratégia de desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

As Residências Terapêuticas (RT) são moradias destinadas a cuidar de pessoas com transtornos mentais egressas de internações psiquiátricas de longa permanência, que se encontram em situação de vulnerabilidade, sem suporte social com laços familiares rompidos, de cuidados por períodos mais prolongados. As RT devem estar inseridas na comunidade, e são desenvolvidas em duas modalidades a depender da necessidade: Tipo I e II (BRASIL, 2000). Independentemente de serem voltados à moradia, trata-se de um modelo de assistência diferenciado, uma vez que reúne recursos de saúde que estão vinculadas aos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como suporte terapêutico (SILVA, 2012).

Entretanto, o tipo de assistência oferecida no serviço de residência terapêutica para pessoas com transtornos mentais ainda é um debate no contexto da saúde mental. É importante chamar a atenção para o fato de que o Distrito Federal não possui nenhum tipo de serviço de residência terapêutica no modelo preconizado pela legislação, mesmo diante da baixa cobertura assistencial dos CAPS, revelando a falta de atenção especializada aos pacientes com transtornos mentais (PINTO, 2017).

Apesar da existência de dispositivos voltados ao acolhimento, cuidado e proteção de pessoas com transtornos mentais e destas serem enquadradas como pessoas com deficiência mental, é importante lembrar que a estigmatização e discriminação cultural impõem severas limitações ao processo de inserção no mercado de trabalho, manutenção do emprego e inclusão social. Isso condena a pessoa com transtorno a viver isolada da comunidade (COSTA, 2011). Essa exclusão aumenta o nível de sofrimento, o que pode agravar os sintomas, reduzir a adesão ao tratamento, e aumentar a vulnerabilidade social e econômica, levando, em alguns casos, à situação de rua ou ao acolhimento institucional.

De acordo com Brito (2006), pessoas com sofrimento psíquico, nos intervalos das internações, vivem em situação de exclusão e abandono e, com seus laços rompidos, acabam parando nas ruas. A legislação brasileira define "pessoas em situação de rua" como um grupo populacional heterogêneo que compartilha características como pobreza extrema, vínculos familiares interrompidos ou fragilizados, e a ausência de moradia convencional regular. Essas pessoas utilizam logradouros públicos como local de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, além de recorrerem a unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009b). De modo geral, são pessoas provenientes de camadas extremamente vulneráveis da sociedade. A situação de rua e os transtornos mentais são duas realidades complexas que frequentemente se entrelaçam e, segundo Escorel (1999), o processo de exclusão pode levar à vivência em situação de rua, que geralmente é provocado por uma ruptura na vida dos envolvidos, causada por diversos fatores, como consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, transtornos mentais, violência doméstica, deficiências, morte e desintegração familiar, entre outros.

A literatura internacional destaca que, em países europeus como a França, estima-se que pelo menos um quarto da população que se encontra em situação de rua e/ou em abrigos institucionais sofrem com doenças mentais graves. A situação é bastante desafiadora, uma vez que essas pessoas necessitam de mais cuidados relacionados às questões sociais, de saúde e psiquiátricas. Todavia, as barreiras no acesso aos serviços de saúde são fatores determinantes que podem levar à não utilização dos serviços de saúde ambulatoriais por pessoas com transtornos mentais que se encontram em situação de rua. É evidente que os serviços de saúde não estão preparados para lidar com as questões de assistência social, assim como a assistência social não está adequadamente preparada para lidar com indivíduos com transtornos mentais que necessitam de cuidados especiais de saúde (LOUBIÈRE *et al.* 2020).

No Brasil, pesquisas realizadas em albergues no Rio de Janeiro apontam que a taxa de transtornos mentais graves em pessoas em situação de rua vivendo em instituições de acolhimento é maior do que na população adulta em geral. Entre os transtornos mais frequentes nessa população estão o alcoolismo, a esquizofrenia, a depressão maior e os distúrbios bipolares, especialmente entre as mulheres em situação de rua (LOVISI, 2000). Até 2022, mais de duzentas mil pessoas em situação de rua estavam inscritas no Cadastro Único, representando uma pessoa em situação de rua para cada mil habitantes no Brasil. O Distrito Federal ocupa a quarta posição entre as capitais com o maior número de pessoas em situação de rua cadastradas, correspondendo a 3,4% dessa população no país, o que equivale a quase três pessoas em situação de rua para cada mil habitantes. Além de viverem em condições precárias, essas pessoas enfrentam situações de violência e maus-tratos. No caso das mulheres em situação de rua, é importante destacar que, embora sejam minoria nesse grupo, elas representam 40% das vítimas de violência (BRASIL, 2023).

Esses dados apresentam apenas uma face do problema, pois o tema ainda é um grande desafio para as políticas públicas no Brasil, principalmente em relação às pessoas em situação de rua com transtornos mentais e, particularmente no que se refere ao acesso aos serviços para garantir acolhimento, tratamento e proteção dessas pessoas. A articulação das redes socioassistenciais e de saúde é

imprescindível para delimitar os suportes de apoio e potencializar estratégias que garantam a assistência em saúde e a proteção de direitos.

5.2.1 Organização da Política de Assistência Social e a função de proteção social

Ao falar sobre a organização da Política de Assistência Social brasileira, é preciso pontuar que esta faz parte da Seguridade Social, trazida pela Constituição Federal de 1988 (CF/88). Sua elaboração foi fundamentada no tripé da Saúde, Previdência Social e Assistência Social (BRASIL, 1988), sendo considerada um marco na ampliação da proteção social com vistas à redução da pobreza e das iniquidades sociais no Brasil (BRASIL, 1988; GOMES e ELIAS, 2016). A Carta Magna de 1988, ao incluir a Assistência Social em seu Artigo 203, determinou que esta seria prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social. Nas duas primeiras décadas seguintes à promulgação da Constituição, os efeitos das políticas e ações de proteção social começaram a ser percebidos, embora de maneira tímida no campo da assistência social, ou seja, poucas mudanças ocorreram em seu modo de operação (VAITSMAN *et al.* 2009).

Durante o processo de consolidação da proteção social como um direito passível de políticas públicas, o Estado brasileiro implementou importantes modificações legislativas, como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) em 1993. Embora tenha contribuído significativamente para romper com o paradigma do assistencialismo e voluntarismo, sua concepção não gerou o impacto esperado e pouco contribuiu para o avanço na implementação da política de assistência social (GOMES e ELIAS, 2016).

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. [...] Parágrafo único. Para o enfrentamento da pobreza, a assistência social realiza-se de forma integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais (BRASIL, 1993).

A ampliação das discussões sobre o reconhecimento e a elaboração de uma política pública de assistência social baseada em direitos ocorreu com a 1ª Conferência Nacional de Assistência Social (CNAS) em 1995. Na década de 2000, iniciou-se um novo ciclo para a assistência social, caracterizado pela expansão dos programas de proteção social no Plano Plurianual (PPA) 2000-2003, pelo aumento dos recursos alocados aos programas assistenciais e pela definição de dois tipos de proteção assistencial: básica e especial. Os avanços continuaram e, em 2003, começaram as deliberações para a construção do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) durante a IV CNAS. Isso resultou na elaboração da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) em 2004 e, posteriormente, na instituição do SUAS por meio da PNAS e das normativas que mais impactaram as políticas de assistência social, como a Norma Operacional Básica (NOB) SUAS/2005 (VAITSMAN *et al.* 2009; BRASIL, 2012a).

A NOB SUAS/2005 foi um marco fundamental para a estruturação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Em seu caráter essencial, ela “disciplina a gestão pública da Política de Assistência Social no território brasileiro, exercida de modo sistêmico pelos entes federativos, em consonância com a Constituição da República de 1988, a LOAS e as legislações complementares a ela aplicáveis” (BRASIL, 2005, p. 15).

A ideia central da NOB SUAS/2005 era organizar a assistência social na forma de um sistema único, descentralizado e participativo, atuante em todo o território nacional. O objetivo era garantir as seguranças sociais, incluindo a ‘segurança de sobrevivência’, a ‘segurança da acolhida’ e a ‘segurança do convívio ou vivência familiar’, entre outras. Entre suas funções, destacam-se a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa dos direitos, que foram organizados sob a forma do SUAS. No entanto, apesar de suas bases estarem expressas na NOB SUAS/2005, o SUAS só foi oficialmente criado seis anos depois, em 2011, pela Lei nº 12.435/11 (LOAS), que alterou a Lei nº 8.742/93, que trata da organização e financiamento da assistência social (BRASIL, 2004; BRASIL, 2012a; BRASÍLIA, 2018).

Art. 1º A política de assistência social, que tem por funções a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, organiza-se sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Parágrafo único. A assistência social ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, prevenir a incidência de riscos sociais, independente de contribuição prévia, e deve ser financiada com recursos previstos no orçamento da Seguridade Social [...] Art. 6º A gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas) (BRASIL, 1993; 2012a).

5.2.2 Assistência Social e as Proteções afiançadas

A função das políticas públicas de assistência social é estender a proteção social ao seu público-alvo, garantindo direitos e condições dignas de vida aos usuários e suas famílias. De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a proteção social deve assegurar a segurança de sobrevivência (rendimento e autonomia), a segurança de acolhida e a segurança do convívio ou vivência familiar por meio de um “[...] conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para a redução e prevenção do impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, à dignidade humana e à família como núcleo básico de sustentação afetiva, biológica e relacional” (BRASIL, 2005, p. 19). Cabe ao SUAS a responsabilidade de definir e organizar os elementos essenciais à execução da política de assistência social, possibilitando a normatização, padronização e garantia da qualidade dos serviços da rede socioassistencial (BRASIL, 2004).

A rede socioassistencial é um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade (BRASIL, 2005).

A assistência social, assim como a saúde, é um direito do cidadão (BRASIL, 1988). Seu direcionamento é o desenvolvimento humano e social, garantindo os

direitos de cidadania e promovendo a proteção, a redução de riscos e danos, e o monitoramento das situações de vulnerabilidade enfrentadas por indivíduos e famílias devido a imposições sociais, econômicas e políticas. Entre suas garantias, destacam-se a segurança de acolhida e a segurança social de renda, que preveem as proteções sociais e os benefícios, respectivamente, oferecidos aos usuários da assistência social (BRASIL, 2005).

As proteções sociais da assistência social são organizadas em dois tipos, de acordo com o nível de complexidade: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE). Estas são oferecidas pela rede assistencial do SUAS de forma integrada, diretamente pelos órgãos públicos, entidades e organizações sem fins lucrativos vinculadas ao SUAS (BRASIL, 1993; 2011a). A PSB é conceituada como um conjunto de serviços, projetos, programas e benefícios destinados à prevenção de situações de vulnerabilidade e risco social, além do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 1993; 2004; 2011a).

O Centro de Referência de Assistência Social (Cras) é o equipamento responsável pela coordenação, articulação e execução dos serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica. O Cras possui caráter público municipal e deve estar posicionado em áreas com elevados índices de risco e vulnerabilidade social de modo a atender as necessidades dos indivíduos e famílias localizados em sua base territorial. (BRASIL, 1993; 2004; 2011a). Outro ponto importante dentro da Proteção Social Básica são os benefícios previstos na Lei Orgânica da Assistência Social. Destacam-se, entre as proteções asseguradas, os auxílios financeiros, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), destinado a pessoas idosas a partir dos 65 anos e a pessoas com deficiência (conforme a conceituação da deficiência trazida pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e a Lei de Inclusão), que sejam hipossuficientes e tenham direito a um salário mínimo mensal (BRASIL, 1993; 2004; 2005; 2011a; 2012; 2015).

A Proteção Social Especial tem como principal objetivo a reconstrução de vínculos que estão em iminência de rompimento ou já se encontram rompidos, acolhendo indivíduos e famílias em situações de risco, abandono, maus-tratos, violência, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, situação de rua, violação de

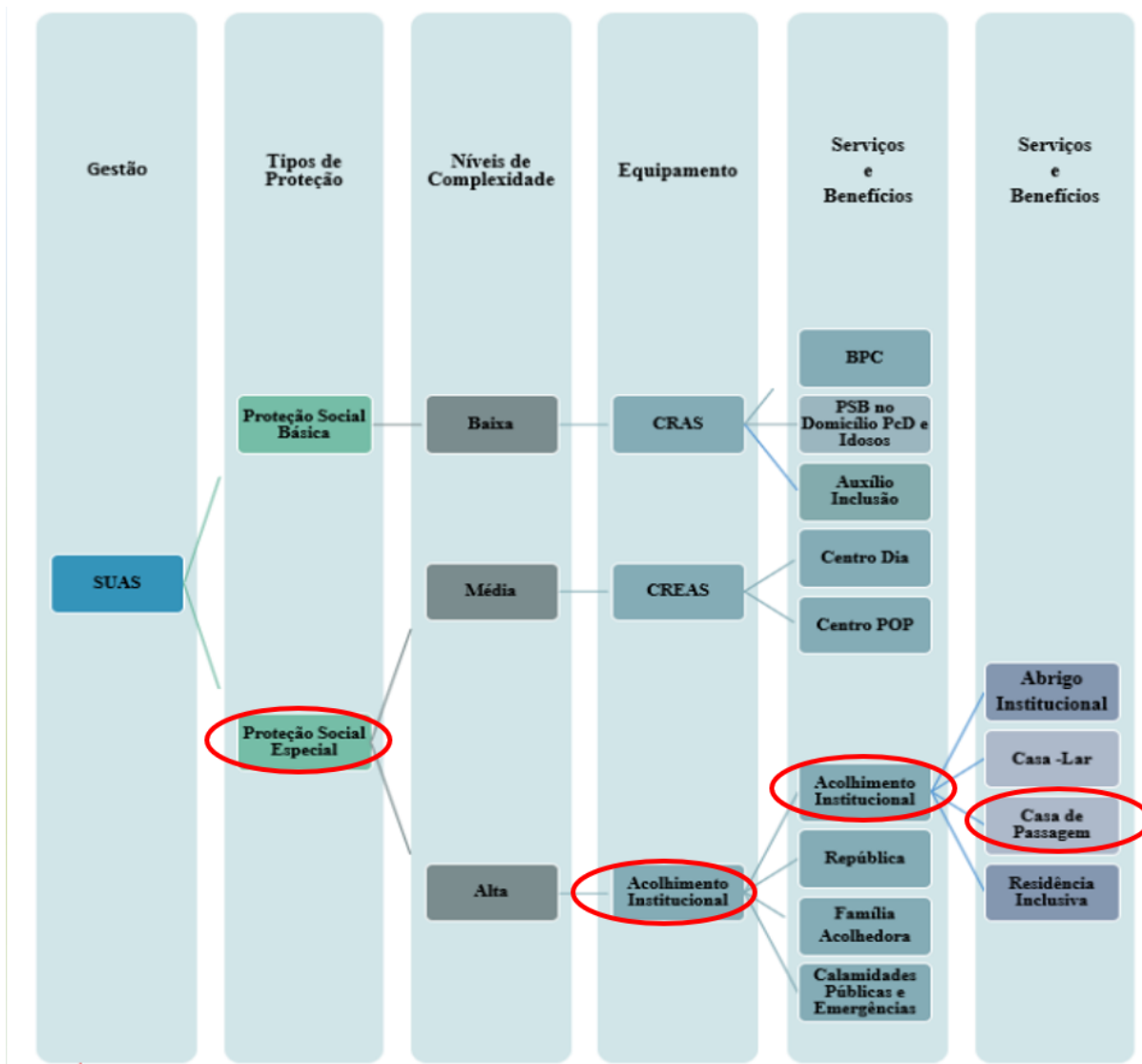
direitos, entre outros. Assim como a proteção básica, a PSE é um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios que visam enfrentar situações de violação de direitos. No entanto, devido à sua complexidade, é dividida em Proteção Social Especial de Média Complexidade e Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

A PSE prioriza diversas situações socioeconômicas que levam à violação de direitos, devendo prestar atenção a crianças, adolescentes, adultos, idosos, pessoas com deficiência e outros indivíduos e famílias em extrema vulnerabilidade, como aqueles em situação de rua, abandono, ausência de renda e outras condições que causam exclusão social. De acordo com a Política Nacional de Assistência Social, a ênfase deve ser na reestruturação dos serviços de acolhimento para indivíduos que se encontram em situação de risco e vulnerabilidade e não podem mais contar com a proteção e o cuidado familiar (BRASIL, 1993; 2004; 2005; 2011a).

Ao analisarmos a Proteção Social Especial de média e alta complexidade, a PNAS destina os serviços de média complexidade às famílias e indivíduos que tiveram seus direitos violados, mas que ainda preservam os vínculos familiares e comunitários. O Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas) é o equipamento de referência para este nível de proteção. Ele possui uma gestão mais abrangente, podendo ser municipal, estadual ou regional, e é destinado à prestação de serviços especializados para indivíduos e famílias que estão na iminência ou já em situação de risco pessoal ou social devido à violação ou cerceamento de direitos (BRASIL, 2004).

Os serviços de PSE de alta complexidade, por sua vez, são voltados para garantir a proteção integral de indivíduos e famílias que se encontram sem referência e em situação de ameaça, necessitando ser afastados do núcleo familiar e/ou comunitário para assegurar sua integridade, autonomia e direitos. A PSE de alta complexidade opera através de serviços de acolhimento institucional, que se desdobram nas seguintes modalidades: a) Serviço de Acolhimento Institucional, com modalidades como Abrigo Institucional, Casa-Lar, Casa de Passagem e Residência Inclusiva; b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e Emergências (BRASIL, 2004).

Figura 1. Fluxograma dos níveis de proteção social, complexidade, equipamentos, serviços e benefícios do SUAS pensado na lógica proteção e cuidado das pessoas com deficiência.



Fonte: Elaboração própria (baseado na Resolução CNAS nº 109/2009).

Figura 2. Quadro síntese: Tipificação dos serviços socioassistenciais organizados por níveis de complexidade do SUAS.

Proteção Social Básica

- 1. Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF;
- 2. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- 3. Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas.

Proteção Social Especial - Média Complexidade

- 1. Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias Indivíduos – PAEFI;
- 2. Serviço Especializado de Abordagem Social;
- 3. Serviço de proteção social a adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);
- 4. Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias;
- 5. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

Proteção Social Especial - Alta Complexidade

- 1. **Serviço de Acolhimento Institucional:**
 - **Abrigo Institucional;**
 - Casa-Lar;
 - **Casa de Passagem;**
 - Residência Inclusiva;
- 2. Serviço de Acolhimento em República;
- 3. Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;
- 4. Serviço de proteção em situações de calamidades públicas e de emergências.

Fonte: Resolução CNAS nº 109/2009.

5.2.3 Acolhimento Institucional

O serviço de acolhimento institucional é um dos equipamentos destinados a oferecer diferentes tipos de acolhimento a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados. Esse serviço atua em todos os ciclos da vida e em arranjos familiares, sem distinção de sexo, orientação sexual, raça, cor, religião ou etnia (BRASIL, 2009c). Oferecido no âmbito da Proteção Social Especial de alta complexidade, o serviço de acolhimento institucional deve funcionar em unidades situadas na comunidade local. Essas

unidades possuem características residenciais que promovem um ambiente acolhedor, com estrutura adequada para atender às necessidades dos usuários e favorecer o desenvolvimento de relações familiares e comunitárias. As condições e formas de acesso variam de acordo com o público-alvo (BRASIL, 2009c).

Em relação ao público de adultos e famílias, o serviço de acolhimento institucional oferece duas modalidades: o "atendimento em unidade institucional" (Abrigo Institucional), que deve se assemelhar a uma residência e acolher até cinquenta pessoas, e o "atendimento em unidade institucional de passagem" (Casa de Passagem), destinado ao acolhimento imediato e emergencial. A principal função da Casa de Passagem não é fornecer moradia por longos períodos, mas atuar como um recurso transitório que garante proteção integral e previne o agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos (BRASIL, 2009c).

Essas modalidades podem atender mulheres em situação de violência, jovens e adultos, pessoas em situação de rua e idosos. Entre os principais objetivos dessas modalidades estão o desenvolvimento de condições que assegurem a independência, o autocuidado, a inclusão, a adaptação, a convivência, a qualificação e a requalificação profissional dos acolhidos. O acesso a essas modalidades pode ser feito por meio de encaminhamentos de agentes institucionais de Serviço Especializado em Abordagem Social, pelo Creas e outros serviços socioassistenciais, pelo Ministério Público ou Poder Judiciário, bem como por demanda espontânea (BRASIL, 2009c).

É sabido que pessoas institucionalizadas estão em uma situação de vulnerabilidade aumentada, com diferentes tipos e níveis de riscos, e são mais propensas a adoecimentos por diversas razões. No cenário internacional, Simões (2021), ao analisar os achados de Comas-Herrera *et al.* (2020), reflete sobre os problemas causados por crises de saúde complexas e multidimensionais, como a pandemia de Covid-19, em grupos vulneráveis, incluindo pessoas idosas, em situação de rua, com problemas de saúde mais complexos, com deficiência, pobres, privadas de direitos e outros grupos em risco. Essas crises têm consequências imprevisíveis, aumentando a necessidade de proteção para esses grupos.

Segundo Gomes e Elias (2016), perdas, restrições, frustrações, violências e problemas econômicos podem gerar impotência e rompimento de vínculos, levando ao desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais já existentes, problemas de saúde ou até mesmo à situação de rua. Diante disso, surge a necessidade de acolhimento por meio da rede de serviços da proteção social e assistência social, além da assistência em saúde. A rede de assistência social e os serviços de acolhimento devem funcionar de forma articulada com outros setores e serviços da rede socioassistencial, do Sistema Único de Saúde, e da rede educacional, entre outros, para garantir a inserção e o acesso dos usuários aos serviços, programas, projetos, benefícios e ações que integram toda a rede socioassistencial e de saúde, bem como assegurar os direitos.

5.4 Articulação e intersetorialidade entre Sistema único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde

A garantia de acesso amplo aos serviços e programas que integram as políticas públicas deve focar na proteção social, acolhimento e tratamento da população. Esses serviços devem atuar de maneira articulada e intersetorial, especialmente dentro dos âmbitos do Sistema Único de Assistência Social e do Sistema Único de Saúde, em suas diversas instâncias. O SUAS foi estruturado com base no modelo do SUS, tendo como um de seus princípios a universalidade, que visa a cobertura e a extensão das políticas públicas assistenciais a todos os seus beneficiários. A oferta dos serviços nos dois sistemas deve ser planejada e coordenada para assegurar a integralidade do atendimento às pessoas em situação de vulnerabilidade, como aquelas com deficiência, em situação de rua, vítimas de violência, abusos sexuais, drogadição, entre outros casos de risco que resultam em desamparo socioeconômico. Para isso, a articulação deve ser realizada por meio da rede de serviços complementares, com o objetivo de desenvolver acolhimento, cuidado e proteção (BRASIL, 2004).

Considerando a necessidade de expandir e diversificar os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) para a atenção às pessoas com deficiência, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Essa

rede prevê a criação, ampliação e articulação entre os pontos de atenção em saúde, com o objetivo de garantir o acesso integral e igualitário a serviços de qualidade, com caráter multiprofissional e interdisciplinar. A Rede deve assegurar às pessoas com deficiência atendimento integral em todos os níveis e complexidades da rede de assistência à saúde e assistencial, garantindo a continuidade do cuidado e o acesso aos benefícios e proteções sociais (BRASIL, 2012b).

As ações articuladas nas redes de serviços devem garantir às pessoas com deficiência o acesso a informações e orientações que assegurem a plena participação social e o exercício da cidadania (SOUZA, 2012; BRASIL, 2015). No entanto, o atendimento, tanto em saúde quanto em saúde mental, voltado para pessoas com transtornos mentais graves ainda enfrenta obstáculos, percebidos tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos próprios pacientes (LI & ZHANG, 2020).

A Política de Saúde Mental, com o objetivo de consolidar um modelo de atenção psicossocial mais robusto, ampliou o acesso aos serviços por meio da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria nº 3.088/2011. A RAPS é composta por diferentes serviços e tem como finalidade a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde em diversos níveis e graus de complexidade, para o cuidado de pessoas com transtornos mentais e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, bem como para seus familiares, conforme as necessidades no âmbito do SUS. A RAPS é organizada de acordo com os seguintes componentes: I. Atenção Primária à Saúde; II. Atenção Especializada; III. Atenção às Urgências e Emergências; IV. Atenção Residencial de Caráter Transitório; V. Atenção Hospitalar; VI. Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação (BRASIL, 2011b).

Esses pontos de atenção são dispositivos destinados à construção, expansão e articulação da rede de atenção psicossocial para pessoas com transtornos mentais. Dentro da RAPS, a atenção especializada inclui os serviços e equipamentos dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) em diferentes modalidades. Esses centros são considerados pontos centrais na estratégia de

cuidado para pessoas com transtornos mentais, devendo atuar em sincronia com outras políticas públicas para garantir direitos e reduzir os níveis de vulnerabilidade:

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias;

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas,

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. 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;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.

VI - CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011b).

Com a intenção de ampliar o acesso e a qualidade do atendimento para pessoas com transtornos mentais em diferentes pontos de atenção, foi criado no âmbito do SUS o Serviço de Residências Terapêuticas. Esse modelo, como mencionado anteriormente, constitui uma modalidade assistencial substitutiva ao modelo de internação psiquiátrica prolongada. Deve acolher pessoas com internação prolongada (superior a dois anos ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e de custódia (BRASIL, 2000). A Portaria MS/GM nº 106/2000, em seu Art. 2º-B, §§ 1º e 2º, define as modalidades ofertadas do serviço como sendo:

§ 1º - São definidos como SRT Tipo I as moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores.

§ 2º - São definidos como SRT Tipo II as modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores (BRASIL, 2000).

Reafirmando que, de acordo com o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios MPDFT (2024), “Até o momento, não existem residências terapêuticas no DF e, há mais de 20 anos, os usuários que necessitam desses serviços estão internados no Instituto do Hospital de Base, Hospital São Vicente de Paulo e Casa de Passagem” (BRASIL, 2024) .

6. MÉTODO

6.1 Delineamento

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa desenvolvido em uma casa de passagem. A pesquisa foi realizada no período entre abril de 2021 a julho de 2022 na casa de passagem conhecida como Casa Flor, localizada na RA de Taguatinga (RA III) do Distrito Federal). A Casa Flor é um abrigo institucional na modalidade Casa de Passagem que abriga mulheres em situação de vulnerabilidade e violação de direitos, mas que, no entanto, não perderam sua autonomia em relação às tarefas diárias. O serviço de acolhimento institucional – Casa de Passagem trata-se um dos serviços de Proteção Social de Alta Complexidade do Sistema Único de Assistência Social que tem por objetivo o acolhimento provisório de famílias ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados (BRASIL, 2009c).

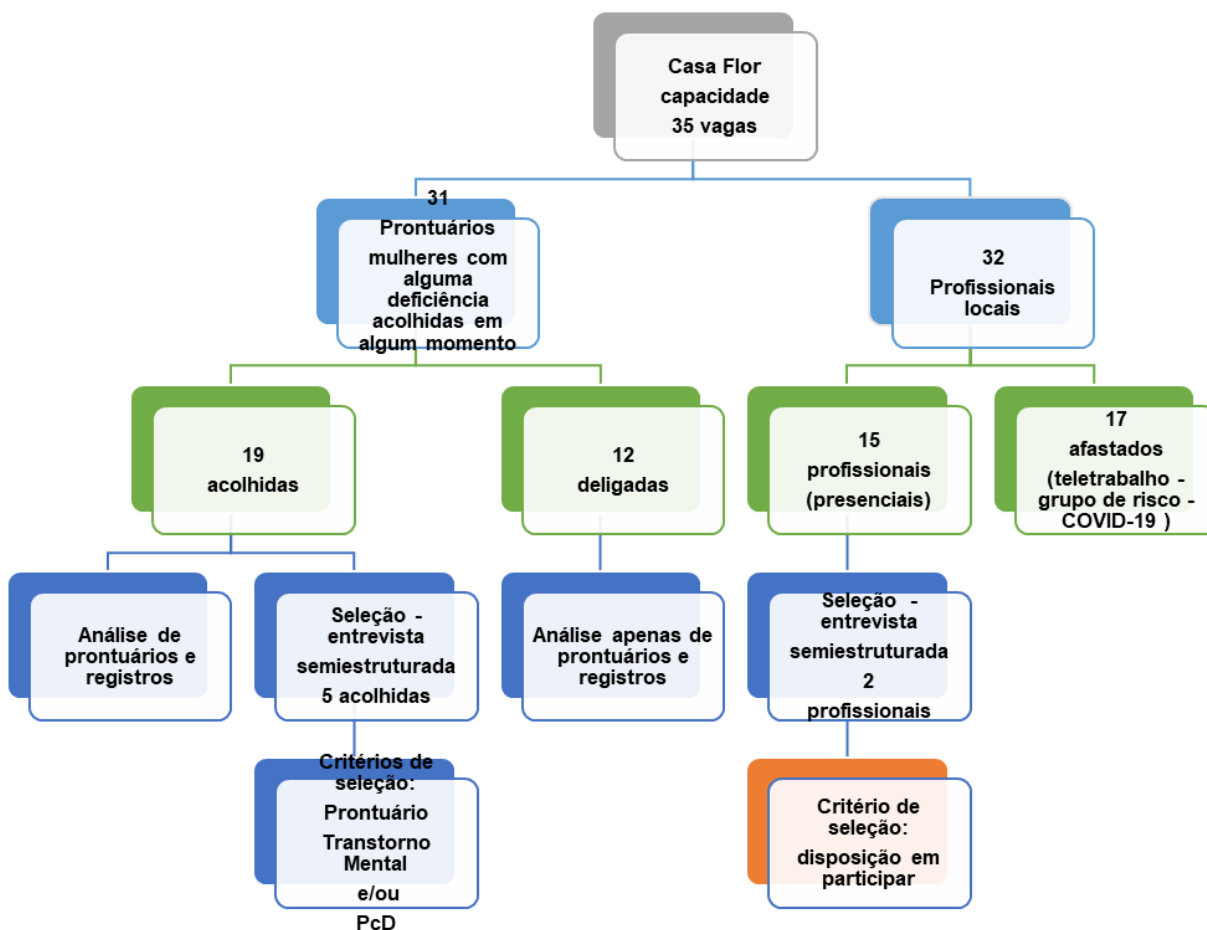
6.2 Participantes e Universo da pesquisa

O público-alvo deste estudo incluiu mulheres adultas, maiores de 18 anos, com transtorno mental ou deficiência, que estavam vivendo na instituição de acolhimento Casa Flor durante o período da pesquisa, bem como profissionais atuantes na instituição. A coleta de dados ocorreu no período de abril de 2021 a julho de 2022, época que o Brasil e o mundo vivenciavam uma das maiores emergências em saúde pública de importância internacional: a pandemia de COVID-19.

Para essa fase, foram selecionados trinta e um prontuários de mulheres com transtorno mental ou deficiência que estiveram acolhidas na instituição entre os anos de 2021 e 2022. Desses, dezenove pertenciam a mulheres que estiveram em acolhimento na instituição durante a coleta de dados deste estudo, enquanto doze pertenciam a mulheres que haviam sido desligadas. Cabe observar que todos os prontuários foram analisados para compreender a realidade dessas mulheres em acolhimento. Como forma de refinamento da pesquisa, foram escolhidas cinco

mulheres, dentre as dezenove acolhidas, para participar das entrevistas. A seleção das entrevistadas baseou-se no histórico registrado nos prontuários e na presença de transtornos mentais e/ou deficiência. Além disso, dois profissionais da instituição que se dispuseram a participar da pesquisa também foram entrevistados. Para preservar a identidade das mulheres acolhidas, seus nomes foram substituídos por nomes de flores. Os critérios de seleção foram detalhados no fluxograma a seguir:

Figura 3. Fluxograma: panorama do acolhimento no período de estudo entre 2021 - 2022 e critérios de seleção para realização das entrevistas com as acolhidas na Casa Flor.



Fonte: elaboração própria

6.3 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

Como fonte de dados, a pesquisa utilizou dados primários e secundários. A coleta de dados primários se deu por meio de uma entrevista semiestruturada (MINAYO e COSTA, 2018) e contou com o apoio de questionários e roteiros (Anexos 1; 2; 3; 4 e 5). Cabe ressaltar que toda a fase de coleta de dados, bem como a realização das entrevistas e aplicação dos questionários, foram feitas pela equipe de

pesquisadoras do projeto central: **‘Pessoas com deficiência vivendo em acolhimentos institucionais’ sem minha participação nesta fase da pesquisa.**

A fonte de dados secundários baseou-se nos registros contidos nos prontuários das acolhidas e na interpretação dos diários de campo elaborados pelas pesquisadoras durante as visitas ao local. A coleta de dados foi realizada por meio da análise documental, que incluiu a leitura sistemática de documentos oficiais, legislações, documentos da instituição de acolhimento (como prontuários, fichas de atendimento e relatórios) e diários de campo (Anexo-1).

As perguntas utilizadas para o direcionamento do estudo focaram em identificação, tempo na instituição, relação com o mundo exterior e lembranças, memórias e planos das mulheres acolhidas. As entrevistas foram de caráter exploratório, buscando aprofundar histórias de vida, violências, vulnerabilidades, transtornos mentais, deficiências e planos futuros. Com os profissionais, os principais temas abordados foram: identificação, tempo na instituição e relação com os acolhidos. Todas as entrevistas foram gravadas e realizadas pessoalmente.

O uso dos questionários e roteiros em uma entrevista permite que seja feita uma investigação avaliativa qualitativa e quantitativa para a produção de um conhecimento mais aprofundado da realidade. Ao ser apoiado em uma sequência lógica, ele facilita a abordagem, assegurando que as hipóteses sejam abordadas durante a conversa (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005). De acordo com Barros & Lehfeld, “a entrevista semiestruturada estabelece uma conversa amigável com o entrevistado, buscando levantar dados que possam ser utilizados em análise qualitativa, selecionando-se os aspectos mais relevantes de um problema de pesquisa”. De acordo com Duarte (2004), uma entrevista bem realizada permite ao pesquisador realizar uma espécie de mergulho em profundidade ao adentrar no universo do sujeito enquanto se busca entender como este percebe os significados de sua realidade, o que permite a coleta de informações mais consistentes para uma compreensão da lógica que conduz as relações interpessoais dentro de um determinado grupo.

6.4 Organização e Análise de dados

A organização e tabulação dos dados obtidos nos prontuários foi realizada no editor de planilhas da Microsoft Excel, enquanto a análise exploratória dos materiais das entrevistas e diários de campo foi feita através de escutas dos áudios, leituras repetidas dos diários e das transcrições literais das entrevistas com a finalidade de identificar aspectos psicossociais e histórias de vida. Os dados foram então organizados em blocos em uma planilha eletrônica para facilitar a análise e interpretação. A tabela gerada dessa análise se encontra no Apêndice 1.

A respeito do conteúdo qualitativo Duarte (2004), chama a atenção para a fase de análise das entrevistas, uma vez que, esta, não é uma tarefa fácil, pois exige do pesquisador um cuidado criterioso com a interpretação, construção de categorias e a tendência de extrair apenas as informações que confirmem as hipóteses e pressupostos levantados. As técnicas utilizadas para tratamento dos dados qualitativos foram baseadas na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2011), dividida em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados. Na perspectiva da autora o termo é definido como sendo:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2011, p. 48).

6.5 Contexto da Pesquisa

O presente estudo foi um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Pessoas com deficiência vivendo em acolhimentos institucionais: consequências da COVID-19, autonomia e organização da rede de cuidados” que teve como objetivo Conhecer a realidade das pessoas com deficiência que vivem em serviços de acolhimento institucional no Brasil durante e após a pandemia da COVID-19. O estudo se inseriu como um recorte da pesquisa original sob o número do projeto no CEP aprovado: CAAE: 57146022.5.0000.0030.

6.6 Aspectos éticos

Os aspectos legais e éticos desta pesquisa obedeceram à Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012c). Sendo assegurado ao entrevistado o caráter sigiloso das informações e garantia de anonimato de todos os participantes entrevistados. Os participantes foram devidamente informados sobre o propósito da pesquisa, a ausência de custos associados, o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento e a utilização das informações fornecidas durante a pesquisa sem risco de danos ou prejuízos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) utilizado forneceu todas as informações necessárias de forma clara e objetiva, esclarecendo os direitos dos participantes e obtendo sua concordância para participar do estudo. Além disso, foi garantido o anonimato e a confidencialidade das informações dos participantes mediante a assinatura do TCLE, em conformidade com os padrões éticos estabelecidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (FS) da Universidade de Brasília (Anexo 6).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussões decorrentes do processo de construção de conhecimento e elaboração desta dissertação estão apresentados em forma de artigos científicos e de um produto técnico.

7.1 Artigo Científico 1

Trajetórias e realidades de mulheres com transtorno / deficiência mental acolhidas em uma casa de passagem no Distrito Federal - Brasil

Trayectorias y realidades de mujeres con trastorno/ discapacidad mental acogidas en una casa de paso en el Distrito Federal - Brasil

Trajectories and realities of women with mental disorder/disability accommodated in a shelter in the Federal District - Brazil

RESUMO

As casas de passagem para mulheres são espaços essenciais que oferecem acolhimento temporário e assistência para aquelas que enfrentam situações de vulnerabilidade. Objetivou-se trazer uma reflexão sobre a trajetória de mulheres com transtornos mentais acolhidas em casas de passagem. Realizamos um estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório, com mulheres acolhidas na casa de passagem, Casa Flor em Taguatinga - Distrito Federal, no período de 2021 e 2022. As análises das trajetórias trouxeram uma perspectiva da diversidade de perfis e como estes podem estar entrelaçados em uma conjuntura de vulnerabilidades. Conclui-se que o rompimento de alguns ciclos relacionados à violência, repetições de institucionalizações, situação de rua ou retorno ao mesmo círculo de violações requer uma abordagem mais atenta, que considere a complexidade das trajetórias e níveis de vulnerabilidade considerando uma abordagem integrada com outros serviços, equipamentos e políticas públicas.

Palavras-chave: Casa de passagem; Mulheres; Transtorno Mental; Deficiência; Violência.

RESUMEN

Las casas de paso para mujeres son espacios esenciales que ofrecen acogida temporal y asistencia para aquellas que enfrentan situaciones de vulnerabilidad. El objetivo fue reflexionar sobre la trayectoria de mujeres con trastornos mentales acogidas en casas de paso. Realizamos un estudio cualitativo de carácter descriptivo y exploratorio, con mujeres acogidas en la casa de paso, Casa Flor en Taguatinga - Distrito Federal, durante el período de 2021 y 2022. El análisis de las trayectorias proporcionó una perspectiva de la diversidad de perfiles y cómo estos pueden estar entrelazados en una coyuntura de vulnerabilidades. Se concluye que el

rompimiento de algunos ciclos relacionados con la violencia, repeticiones de institucionalizaciones, situación de calle o retorno al mismo círculo de violaciones requiere un enfoque más atento, que considere la complejidad de las trayectorias y niveles de vulnerabilidad, considerando una aproximación integrada con otros servicios, equipamientos y políticas públicas.

Palabras clave: Casa de paso; Mujeres; Trastorno Mental; Discapacidad; Violencia.

ABSTRACT

Women's shelters are essential spaces that provide temporary shelter and assistance for those facing situations of vulnerability. The objective was to bring a reflection on the trajectory of women with mental disorders welcomed in shelters. We conducted a qualitative descriptive and exploratory study with women accommodated in the shelter, Casa Flor in Taguatinga - Federal District, during the period of 2021 and 2022. The analyses of the trajectories brought a perspective of the diversity of profiles and how these may be intertwined in a context of vulnerabilities. It is concluded that the breaking of some cycles related to violence, repetitions of institutionalizations, homelessness, or return to the same circle of violations requires a more attentive approach, considering the complexity of the trajectories and levels of vulnerability, considering an integrated approach with other services, equipment, and public policies.

Keywords: Shelter; Women; Mental Disorder; Disability; Violence.

Introdução

A presença de mulheres com transtorno ou deficiência mental em casas de passagem levanta questões sociais e de saúde pública, destacando situações de vulnerabilidade, desigualdades, abusos, violências e situações de rua, além do silenciamento histórico enfrentado pelo sexo feminino. É crucial aprofundar a compreensão das condições socioeconômicas, estilos de vida e comorbidades relacionadas aos transtornos mentais nas mulheres, dada a complexidade dos fatores sociais que afetam sua saúde mental e bem-estar ao longo da vida ¹

Os transtornos mentais estão se tornando uma preocupação crescente em escala global. Demonstrando uma tendência de aumento em sua prevalência e

impactos na saúde ², eles não apenas representam um desafio individual, mas também têm implicações sociais e econômicas, tornando-se assim uma questão de saúde pública tanto para o Brasil quanto para o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a situação global da saúde mental é complexa e requer uma atenção renovada para compreender e enfrentar os desafios associados a esses transtornos ².

Existe uma variedade de transtornos mentais que podem afetar profundamente os processos psicológicos, biológicos, funcionais ou de desenvolvimento essenciais para o funcionamento mental e social de uma pessoa. Classificá-los não é uma tarefa simples; o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais ³ os define como síndromes que apresentam distúrbios clinicamente significativos na cognição, regulação emocional ou comportamento, com potencial para impactar atividades sociais, profissionais e outros aspectos cruciais da vida do indivíduo ³.

Os avanços proporcionados pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência são destacados por sua contribuição para o reconhecimento e ampliação dos direitos das pessoas com deficiência em escala internacional ⁴. Esta convenção abrange uma diversidade de indivíduos com deficiência, incluindo aqueles com deficiência física, mental, intelectual e sensorial, que, ao enfrentarem barreiras, podem enfrentar restrições à sua plena participação na sociedade em igualdade de condições com os demais ⁴.

Os transtornos mentais, por estarem relacionados às questões de ordem social, econômicas e de saúde, podem se encaixar perfeitamente ao conceito de deficiência expresso na Convenção ⁵, pois, quando estão relacionados aos determinantes sociais e de saúde ⁶, além de influenciar na funcionalidade psíquica e na vida social de uma pessoa, acabam acarretando mais limitações ao interagirem com barreiras limitadoras ⁷.

Os avanços proporcionados permitiram a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, historicamente marginalizadas e excluídas, possibilitando acesso a políticas públicas e outros direitos destinados às pessoas com deficiência, promovendo uma sensação de equidade ⁸. No entanto, apesar dos esforços de

inclusão nas políticas públicas, é necessário um olhar mais sensível para reconhecer que os transtornos mentais estão frequentemente ligados a diversas desigualdades sociais, econômicas, ambientais, de saúde e de gênero ⁹.

De acordo com Oliveira *et al.*¹⁰, a vulnerabilidade feminina, historicamente relacionada a questões sociais, está intimamente ligada ao desenvolvimento de transtornos mentais, em um ciclo que envolve violência, abusos e violações de direitos. Essas questões são especialmente marcantes entre as mulheres em situação de rua, onde a violência desempenha um papel central e significativo nas condições de saúde mental e física ¹¹.

Estudos indicam que muitas dessas mulheres têm vivências marcadas por situações complexas, como violência, abusos, pobreza, transtornos mentais, dependência de álcool e outras drogas, preconceitos, desigualdade de gênero, relações afetivas conflituosas e rupturas dos vínculos familiares ou sociais ¹². Ao tentarem escapar dessas circunstâncias, acabam em situação de rua ¹⁰, refletindo um quadro de exclusão, desamparo e abandono ¹³.

O acolhimento de mulheres em casas de passagem é essencial, abordando a transitoriedade e oferecendo apoio específico a mulheres em diversas situações. Essas casas desempenham um papel crucial ao fornecer refúgio e suporte para mulheres em situações vulneráveis, particularmente aquelas enfrentando violência doméstica, abuso ou outras formas de perigo. As casas de passagem são parte do serviço de acolhimento institucional do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), destinadas a pessoas em situação de vulnerabilidade. Seu objetivo principal é garantir a proteção integral de famílias ou indivíduos fragilizados, em situações de abandono, ameaça ou violação de direitos, com vínculos familiares e afetivos rompidos ¹⁴.

Neste contexto a casa de passagem Casa Flor, localizada em Brasília – DF na Região Administrativa de Taguatinga (RA III) se define como uma política pública de atendimento a mulheres que se encontram em situação de vulnerabilidade advindas de contexto de violência e abusos, abandono com relações familiares conflituosas que levaram ao rompimento de vínculos familiares e afetivos e por

vezes com histórico de doenças crônicas, deficiências, transtornos mentais e vidas marcadas pela situação de rua.

A partir desta perspectiva este artigo objetiva compreender e trazer uma reflexão sobre a trajetória e a realidade de mulheres com transtornos mentais que por diversas razões procuraram acolhimento na casa de passagem Casa-Flor localizada na Região administrativa de Taguatinga, Distrito Federal.

MÉTODO

Este estudo utilizou uma abordagem qualitativa ¹⁵ com caráter descritivo e exploratório ¹⁶, sob uma perspectiva crítica-analítica. Essa abordagem permitiu uma compreensão mais detalhada do objeto de estudo, possibilitando reflexões para orientar futuros debates ¹⁷, através da análise de narrativas obtidas em entrevistas, prontuários e diários de campo produzidos durante visitas in loco. A escolha dessa metodologia visou aprofundar a compreensão das experiências de mulheres com transtorno mental em uma casa de passagem no Distrito Federal, sem, no entanto, esgotar o tema.

Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no período entre abril de 2021 a julho de 2022 na casa de passagem conhecida como Casa Flor, localizada na RA de Taguatinga (RA III) do Distrito Federal). A Casa Flor faz parte do Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres (SAIM), uma instituição governamental que oferece abrigo para mulheres adultas, idosas em situação de rua, violência ou extrema vulnerabilidade, além de pessoas trans, respeitando suas especificidades. Fundada em 2008, a instituição conta com trinta e dois funcionários, incluindo assistentes sociais, psicólogos, agentes sociais, coordenadores, cuidadores e profissionais de manutenção, limpeza e cozinha, entre outros. O local possui capacidade de acolhimento de até trinta e cinco mulheres por um período de até três meses, renováveis por igual período.

Participantes da pesquisa

Foram selecionados trinta e um prontuários de mulheres com algum tipo de transtorno ou deficiência acolhidas na instituição. Sendo que, desses, dezenove estavam em acolhimento durante o estudo (abril de 2021 a julho de 2022), enquanto doze estavam desligadas. Todos os prontuários foram analisados para compreender a realidade dessas mulheres em acolhimento.

Para refinar a pesquisa, apenas cinco mulheres dentre as dezenove acolhidas foram selecionadas para entrevista. Os critérios adotados para a seleção das entrevistadas foram baseados no histórico registrado nos prontuários e presença de transtorno mental e/ou deficiência. Dois profissionais da instituição que se dispuseram a participar da pesquisa também foram entrevistados. Para preservar a identidade das mulheres acolhidas, seus nomes foram substituídos por nomes de flores. Os critérios de seleção foram detalhados no fluxograma a seguir:

Figura 1. Fluxograma: panorama do acolhimento no período de estudo entre 2021 - 2022 e critérios de seleção para realização das entrevistas com as acolhidas na Casa Flor.



Fonte: elaboração própria

Instrumentos e técnicas de coleta de dados

Para coletar dados, usamos entrevistas semiestruturadas individuais ¹⁸ com base em um roteiro elaborado a partir da literatura e dos objetivos do estudo. As perguntas focaram em identificação, tempo na instituição, relação com o mundo exterior e lembranças, memórias e planos das mulheres acolhidas. As entrevistas foram exploratórias, buscando aprofundar histórias de vida, violências, vulnerabilidades, transtornos mentais, deficiências e planos futuros. Com os

profissionais, os principais temas abordados foram: identificação, tempo na instituição e relação com os acolhidos. Todas as entrevistas foram gravadas e realizadas pessoalmente.

O uso de questionários e roteiros de entrevista permitiu uma investigação qualitativa e quantitativa para entender melhor a realidade, seguindo uma sequência lógica que abordou hipóteses durante as conversas ¹⁹. Além disso, foi feita uma análise documental dos prontuários, fichas de atendimento e relatórios das mulheres acolhidas, sistematizando os dados em planilhas eletrônicas para compreender seus perfis sociodemográficos e de saúde. Também foram utilizados diários de campo para complementar as informações sobre o convívio das mulheres acolhidas.

Este artigo avança com sua metodologia, analisando dados dos prontuários, diários de campo e entrevistas individuais com cinco mulheres acolhidas e dois profissionais da Casa-Flor. Iniciamos com uma análise exploratória dos materiais, através de leituras repetidas dos diários, transcrições literais das entrevistas e escuta atenta dos áudios, para identificar aspectos psicossociais e histórias de vida. Os dados foram então organizados em blocos em uma planilha eletrônica para facilitar a análise e interpretação. A partir da coleta de dados, buscou-se interpretar as informações usando a análise de conteúdo de ²⁰ que consiste em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

O presente estudo foi um recorte de uma pesquisa maior intitulada “Pessoas com deficiência vivendo em acolhimentos institucionais: consequências da COVID-19, autonomia e organização da rede de cuidados” que teve como objetivo conhecer a realidade das pessoas com deficiência que vivem em serviços de acolhimento institucional no Brasil durante e após a pandemia da COVID-19. O estudo foi aprovado no CEP CAAE: 57146022.5.0000.0030.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O perfil das mulheres abrigadas entrevistadas

Das cinco entrevistadas, a idade variou entre 45 e 71 anos, com a maioria autodeclaradas pretas ou pardas. Observou-se que três participantes tinham registro de violência doméstica em seus prontuários e uma estava em situação de rua. Em relação à saúde mental e deficiência, todas apresentaram registros de transtornos mentais e duas possuíam algum tipo de deficiência (física ou visual). A escolaridade variou desde sem nenhum grau de instrução até superior completo (Quadro 1). A construção de estatísticas de violência contra as mulheres com deficiência é maior do que dos homens na mesma condição, denotando que a violência doméstica continua a agregar fatores relacionados ao gênero. Nas faixas etárias de 20 a 59 anos, a violência física é a mais comum. A partir dos 60 anos, negligência e abandono tornam-se as formas de violência mais frequentes²¹.

Quadro 1. Perfil das flores acolhidas participantes entrevistadas.

Participantes (flores)	Idade	Raça/Cor	Escolaridade	Transtorno mental/Pessoa com Deficiência	Situação de rua	Violência
Amarílis	71	Parda	Analfabeta	Sim	Não	Não
Orquídea	61	Negra	Fundamental completo (braile)	Sim visual	Não	Sim
Jasmim	45	Preta	Ensino Médio incompleto	Sim esquizofrenia	Sim	Sim
Magnólia	47	Preta	Fundamental incompleto	Sim depressão	Não	Não

Rosa do Deserto	56	N/I*	Superior completo (jornalismo)	Sim física	Não	Sim
-----------------	----	------	--------------------------------	------------	-----	-----

*N/I - Não informado.

Fonte: elaboração própria

A vulnerabilidade de mulheres que vivem em casa de passagem: uma abordagem holística sobre violência e saúde.

Mulheres podem buscar acolhimento em casas de passagem devido a uma variedade de razões que refletem uma combinação de fatores complexos individuais, sociais, econômicos e de saúde mental que muitas vezes se encontram inter-relacionados ²². É crucial compreender as condições socioeconômicas, estilos de vida, comorbidades e transtornos mentais desses grupos vulneráveis para mitigar seu sofrimento e os impactos adversos à saúde¹.

Ao analisar o relato do profissional 1, percebe-se a diversidade de perfis entre as acolhidas na Casa Flor. Isso destaca a importância de uma abordagem holística e da cooperação entre setores, profissionais e políticas públicas para desenvolver planos individuais de acompanhamento que ajudem na superação das vulnerabilidades que as levaram ao acolhimento.

[...] o histórico das mulheres lá são bem diferentes. Umas estão lá por conta de vulnerabilidade social, vindas da rua e de abusos sexuais. Outras estão lá por serem viciadas e procurarem ajuda, além de mulheres com transtornos mentais” (Profissional 1).

E entre os diferentes motivos que levam mulheres a procurar abrigo em casas de passagem, destacam-se casos de violência e abuso. Mulheres que fogem de situações de violência física, emocional, sexual ou psicológica em seus relacionamentos buscam refúgio para escapar do perigo e encontrar segurança. De acordo com Richwin e Zanello ²³ a violência familiar é um dos principais motivos que levam as mulheres a buscar abrigo. De acordo com dados do Atlas da Violência uma em cada três pessoas com deficiência mental sofre abuso na idade adulta e no

casos das mulheres nesta condição o número de notificações se demonstrou mais elevado, sendo os tipos de violência física, psicológica e sexual as mais frequentes²¹. Fato que pode ser observado no relato do profissional 1.

[...], praticamente todos os casos é violência, violência física, violência psicológica ou por conta dessa violência, também desenvolve um quadro de dependência emocional muito grande em relação aos parceiros (Profissional 1).

Como é possível observar no relato da acolhida Rosa do Deserto (56 anos, jornalista e escritora) ao mencionar que buscou abrigo na Casa Flor devido à situação de violência doméstica vivida, o sentimento de vergonha e falta de apoio da rede de acolhimento às vítimas. O que aponta para fragilidades nas formas de proteção às vítimas, forçando a estas mulheres escolherem, por falta de outras opções, a abandonar o lar¹².

[...], eu preferi a vida, saí de casa sem nada [...], eu também sofri violência doméstica [...], aí eu tinha vergonha de revelar para as pessoas ou denunciar na delegacia. E você conhece a sociedade que nós temos, não é? (Rosa do Deserto, 56 anos).

Percebe-se nesta fala a existência de uma espécie de violência interseccional relacionada ao gênero e outras marcações identitárias que apontam para o silenciamento estabelecido por uma relação de poder desigual que aumenta a vulnerabilidade da mulher e reproduz opressões que desestimulam o desempoderamento feminino²⁴.

Nesse sentido, percebe-se que a vergonha em denunciar é sustentada por diferentes dinâmicas que se convergem e envolvem fatores que podem estar relacionados ao isolamento social, medo e uma rede de apoio limitada que não desafia o poder do agressor ou que reforçam a culpabilização da vítima. Muitos serviços que deveriam ser especializados e capacitados para o atendimento de vítimas da violência ainda mantêm suas ações e formas de escuta centralizadas nas queixas, o que pode acabar reforçando a culpabilização da vítima se tornando barreiras que impedem a superação do ciclo de violências e abusos e a busca por ajuda²⁵. A fala de Rosa do Deserto demonstra que o despreparo dos profissionais contribui para a perpetuação da cultura de culpabilização da vítima.

[...], aí quando as mulheres denunciavam os policiais ficavam zoando. Tu fez o quê? Tu chifrou o cara? Por isso que ele te bateu? Tu fez isso, fez aquilo, não é? Desobedeceu. E aí eu assisti aquilo e logo que eu comecei a sofrer violência (Rosa do Deserto, 56 anos).

As narrativas de Rosa do Deserto apontam, sobretudo, para contextos onde há estigmatização ou isolamento social da mulher, causando-lhes dificuldades adicionais na busca por ajuda, já que a violência de gênero pode ser silenciada, julgada ou não reconhecida devido a normas culturais ou sociais. Esse ciclo de violência desqualifica e interfere na autoestima da mulher. Posto isso, é fundamental a manutenção de uma rede de apoio fortalecida, com canais seguros e ambientes acolhedores para o empoderamento e superação do ciclo de violência ²⁶. Dessa mesma forma, é imprescindível que se compreenda as características sociodemográficas, de saúde e das dinâmicas dos determinantes da violência contra as mulheres para se formular e ofertar uma rede de apoio capaz de quebrar esse paradigma ²⁷.

Uma outra questão similarmente complicada, observada nas entrevistas, é a desospitalização de mulheres com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, que se torna ainda mais complexa, quando ligada aos determinantes que levam à situação de rua. E, neste caso, entra a importância das ações intersetoriais entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social para efetivação dos direitos de cidadania dessa população²⁸. Mulheres em situação de vulnerabilidade, geralmente, enfrentam uma série de desafios únicos e complexos e sua transição da instituição de saúde para o abrigo pode ser abrupta e desconcertante, especialmente se não houver um planejamento. Como no caso de Amarílis, de 71 anos, analfabeta e problemas psiquiátricos, sem um diagnóstico conclusivo.

[...], tem mais, mais de um mês que eu estou aqui, que depois que eu passei para cá, as meninas me passaram para cá. aí eu vim, mas eu estava no hospital. Do hospital, eu fui mandada para cá, aí eu vim, sem saber de nada... (Amarílis, 71 anos).

Percebe-se que essas histórias são frequentemente marcadas por uma série de desafios, dificuldades e resiliência. Onde cada história é única e complexa, refletindo as circunstâncias individuais e os sistemas sociais mais amplos. Nessa perspectiva, percebe-se que as situações de vulnerabilidade em que estas mulheres vivem podem ser palco de temas complexos e multifacetados, que envolvem diversas questões que perpassam pelas esferas sociais, econômicas, de saúde e de segurança, dentre outras. Segundo Esmeraldo e Ximenes ²⁹ a vulnerabilidade social é capaz de marcar de modo íntimo a vida de pessoas em situação de vulnerabilidade, revelando trajetórias de vida que são constantemente marcadas por embates de forças e poderes no contexto familiar ¹². Isso pode ser observado também na fala do profissional 1.

[...] a grande maioria tem muita história de violência prévia, histórico de violência, histórico de abandono. Hoje, a gente tem muitas com transtorno mental, uso abusivo de álcool e drogas, associado ou não, mas é bem comum entre elas, todas elas (Profissional 1).

A vulnerabilidade social e o histórico de violência são capazes de despertar diversos estados emocionais que, quando não acolhidos de maneira adequada, podem acabar agravando quadros psiquiátricos, sensação de insegurança, sentimentos e pensamentos persecutórios ³⁰. Cabe destacar que muitas dessas mulheres apresentam vínculos extremamente frágeis ou às vezes nenhum. E isso, pode ser um fator agravante para o aumento da situação de vulnerabilidade a que estão expostas ²². As situações de necessidade enfrentadas, a negligência e o abandono que muitas dessas mulheres vivenciam, podem evidenciar possíveis falhas nas redes de suporte e serviços direcionados a essas mulheres. Nesse sentido, Rosa e Brêtas ¹² indicam que a ruptura dos vínculos sociais e a não-existência de outros suficientemente fortes para subsidiar a reorganização da vida pode ser um fator desencadeador da ida ou retorno às ruas e aumento das situações de vulnerabilidades ¹².

Um outro fato observado nos discursos tem relação com processo de normalização da institucionalização pelas acolhidas, uma vez que, muitas delas vêm de um longo processo de institucionalizações, passando de abrigo em abrigo sem

conseguir quebrar esse ciclo. E muitas vezes, quando deixam a instituição de acolhimento, não têm para onde ir, então, acabam retornando para o mesmo círculo de violência, mantendo assim, o ciclo de violações.

[...], eu vivo de lugar em lugar. Eu já fui para Lins, eu já fui para Marília, eu vim para cá (Casa Flor) e percorrendo esses albergues, porque eu não tenho onde ficar. (Orquídea, 61 anos).

A perpetuação desse ciclo de acolhimento e a não recuperação das acolhidas foi percebida nas falas das acolhidas e dos profissionais entrevistados e demonstrou ser um desafio que merece atenção. Os profissionais pontuam que este é um ciclo muito repetitivo, frequente e independente das estratégias adotadas, porque na grande maioria das vezes, as pessoas já passaram por outros níveis da assistência social, justiça, saúde e mesmo assim o ciclo continua o mesmo e a cada renovação, ele se intensifica. Reforçando traços de sentimentos de inferioridade, angústia, insatisfação relacionada à autoimagem, e revolta, culminando num impacto negativo na sua autoestima³¹.

[...] É dentro do acolhimento, a gente vê muita institucionalização. Então, muitas delas acabam normalizando esse processo, esse ciclo. Então, vai para a rua, volta para aquela situação de vulnerabilidade extrema e, em determinado ponto, volta para o serviço de acolhimento para tentar se restabelecer [...], a gente percebe que esse ciclo, de forma extremamente repetitiva, debilita elas cada vez mais. (Profissional 2).

Nesse sentido, Gomes *et al.*³² trazem a importância de se ter uma variabilidade de redes de apoio às mulheres em situação de violência bem estruturadas, com atuação intersetoriais e articuladas é fundamental para o rompimento do ciclo de vulnerabilidades, violências e não violação de direitos ³².

História de vida: passando pelos dissabores onde nem sempre tudo é ruim

A história de vida de uma pessoa é uma jornada complexa, repleta de altos e baixos, desafios e superações. Os relatos narrados pelas acolhidas nos mostram sobre os caminhos percorridos em suas jornadas e suas perspectivas sobre os

significados de suas histórias. Neste sentido, falaremos agora sobre as diferentes histórias das acolhidas que se interligam nos contextos sociais de vulnerabilidade suas perspectivas.

As outras faces da violência: os desafios acumulados, a pobreza e a falta de recursos

Pensando nas trajetórias de vida das mulheres acolhidas na Casa Flor, cabe destacar alguns contextos de aspectos importantes e complexos enfrentados por elas ao longo de suas vidas, que refletem aspectos de vulnerabilidade, fragilização, precariedade e ruptura dos vínculos sociais ³³. Experiências desafiadoras podem deixar marcas duradouras, manifestando em possíveis consequências ao longo da vida.

A infância de mulheres que vivem em casas de passagem pode desempenhar um papel significativo em suas experiências e desafios atuais. E muitas destas mulheres podem ter experimentado experiências difíceis significativas durante o longo de sua vida, como abuso físico, emocional ou sexual, negligência, violência doméstica ou instabilidade familiar. Como o caso da acolhida Orquídea, 61 anos, ensino fundamental completo, negra, com deficiência visual e histórico de ansiedade. A acolhida faz uso de medicamentos para controle de DCNT e psicotrópicos:

[...], ele (pai) morreu e aí nós ficamos sozinho, eu, minha mãe e minhas irmãs que também não enxergam [...], ela (mãe) saía com a gente batendo de porta em porta para pedir dinheiro para nós podermos comer.[...], quando foi um dia, ela ficou doente, porque ela tinha leucemia. [...], ela voltou no caixão e nós ficamos todos pequenos, desamparados, mais velha de nós tinha 11 anos e a mais nova tinha dois anos e um mês. (Orquídea, 61 anos).

Pessoas com deficiência podem enfrentar desafios adicionais quando vivenciam situações de pobreza, o que pode aumentar sua vulnerabilidade e a necessidade de recorrer a instituições de acolhimento. Para melhor compreender a questão, Corrêa *et al.* ³⁴ apontam para a necessidade de se tratar a pobreza como um fenômeno multifacetado resultante de um complexo problemático de sistemas

que se inter-relacionam e mantêm ou ampliam as privações de camadas sociais mais vulneráveis.

Jasmim, 45 anos, preta, ensino médio incompleto, foi acolhida na Casa Flor em razão de estar em situação de rua. A acolhida é diagnosticada com Psicose não-orgânica, não especificada (F29) /Transtorno esquizoafetivo. Incapacidade laboral. Grau de deficiência moderada e permanente, nível de autonomia parcial. A acolhida faz uso de medicamentos psicotrópicos, fazendo tratamento em saúde devido ao transtorno mental.

[...] minha infância, até os nove anos de idade. [...] dentro de casa só tribulação, ele (pai) espancava muito a gente. [...], trabalhar. Lá em casa, as crianças começaram a trabalhar cedo.(Jasmim, 45 anos).

O outro lado onde nem tudo foi ruim: adaptação, resiliência e os novos planos

Em meio às adversidades, muitas mulheres demonstram notável capacidade de adaptação e resiliência. Esses desafios, embora marcantes, frequentemente catalisam o desenvolvimento de novas estratégias e planos para o futuro, transformando experiências dolorosas em oportunidades de crescimento e mudança positiva. Na narrativa de vivência da acolhida Rosa do Deserto, ela destaca que, apesar das situações difíceis pela qual passou com por exemplo a situação de violência doméstica por parte do ex-companheiro há também aspectos positivos, destacando um relato de experiência mista, ao descrever os momentos positivos em meio a adversidades,

[...] a minha infância foi muito boa, sabe? Eu tenho boas lembranças. Eu fui uma criança diferente. Eu tive pólio aos seis meses de idade, fiquei paraplégica até os sete anos de idade. [...], desde criança que eu me posicionava e as pessoas nos veem como a gente se vê. [...], eu estudava mais que todo mundo, então, todo mundo me respeitava, nunca sofri bullying, fui uma criança muito amada. [...], E através disso, eu me construí como eu quis e fui quem eu quis ser. [...], me formei, eu sou jornalista, tenho cinco livros publicados, já [...] Até a questão de violência

doméstica, eu mesma resolvi. [...], eu conheço muitas pessoas que uma cadeira de roda é uma sentença de morte. [...], para mim é o contrário, é um recomeço, é um início de vida (Rosa do Deserto, 56 anos).

Apesar dos desafios enfrentados durante a infância, algumas das mulheres entrevistadas demonstraram uma certa resiliência para enfrentamento e superação de alguns desafios e buscar uma vida melhor para si mesmas.

Saúde e transtorno/deficiência mental

Em relação à saúde e transtornos e deficiências, a análise dos prontuários e conversas com os profissionais demonstram que muitas das mulheres que passam pela Casa Flor possuem histórico de algum tipo de transtorno associado ou não a outras comodidades. Como já mencionado anteriormente, é sabido que condições de vulnerabilidade econômica e psicossocial são fatores de risco para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais ⁹.

[...] acho que a saúde mental é mais complexa. A questão do uso de drogas também, da dependência, de não ter um serviço que dê um suporte. [...], a gente atende um público muito diverso, então acaba dificultando algumas intervenções e algumas convivências em alguns momentos (Profissional 1).

Considerando as argumentações que envolvem o conceito de Interseccionalidade e as diferentes vertentes acerca do cuidado em saúde e suas interfaces, percebemos que a saúde, inclusive a mental, também é moldada por fatores sociais, culturais e econômicos que apontam para iniquidades na possibilidade de autocuidado/cuidado em saúde³⁵. As situações de abusos e violência vivenciados ao longo da vida também são capazes de despertar diversos estados emocionais que, quando não acolhidos de maneira adequada, podem acabar agravando quadros psiquiátricos, sentimento de insegurança, sentimentos e pensamentos persecutórios ³⁰.

[...], a mãe confirmou toda essa história, que essa relação de violência desencadeou esse processo de transtorno, de transtorno persecutório. (Profissional 1).

Não é incomum que a gravidade dos transtornos mentais esteja conectada às comorbidades, coincidindo com somáticas¹. Portanto, a articulação dos serviços de saúde mental oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), integrando a rede de atenção básica, atenção hospitalar e atenção psicossocial especializada, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é fundamental para acompanhamento, tratamento e continuidade dos cuidados oferecidos a indivíduos com transtornos mentais ³⁶. Nas falas dos profissionais entrevistados é possível perceber que muitas das acolhidas que chegam à instituição têm necessidades de cuidados para além da assistência social.

[...], a demanda é muito da área de saúde. Praticamente, todas as mulheres que vêm para cá têm algum tipo de transtorno mental, principalmente, ou têm alguma questão de saúde (Profissional 2).

Essa questão relatada pelo profissional 2, se constitui em um grande desafio à integralidade e eficiência das ações, sistemas e serviços integrados à assistência social, pois colaboração entre diferentes redes e serviços, como o Sistema Único de Saúde, o Sistema Único de Assistência Social, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e as casas de passagem, desempenha um papel crucial na melhoria da qualidade de vida e na reintegração social dessas mulheres. A compreensão dos lugares de vulnerabilidade que elas ocupam dentro dessa estrutura social é crucial para que haja o desmantelamento destas desigualdades³⁵.

Planos para o futuro

Ao adentrarmos no tema, planos para o futuro das mulheres acolhidas na Casa Flor, percebe-se que, estes, desempenham um papel crucial na emancipação dessas mulheres em seu retorno à sociedade. Esses planos não apenas abordam suas necessidades imediatas, mas também demonstram como gostariam de se perceber no futuro. Portanto, a elaboração de planos futuros após a superação de situações de vulnerabilidade é uma estratégia fundamental para a reconstrução da vida de indivíduos que enfrentaram adversidades significativas. Com o suporte adequado, as mulheres podem transformar experiências dolorosas em oportunidades de crescimento, criando um futuro baseado em estabilidade,

autonomia e resiliência. Amarílis e Orquídea têm em comum o sonho de ter um lugar só delas em uma instituição de longa permanência para idosas. Enquanto Jasmim, fez planos de rever a família, reconstruir seus laços afetivos e manter uma rede de apoio sólida. Nesse sentido, a busca por outras formas de cuidado que compreendam o sujeito e suas expressões como centro podem auxiliar na emancipação dessas mulheres pautando-se em suas necessidades e desejos³⁷.

Os sonhos para além do acolhimento institucional podem representar uma visão de futuro cheia de esperança, oportunidades e realizações para as mulheres acolhidas. Como relata Rosa do Deserto quando perguntada quais seus planos para um futuro após a saída da Casa flor:

[...], eu até já sonhei em criar uma ONG aqui em Brasília, para acolher algumas mulheres. [...], eu estou cheia de projetos. [...], pretendo me tornar palestrante aqui, já tenho até algumas visitas a fazer. [...], quero começar de forma gratuita mesmo. Nas APAEs. Tem muitas pessoas que precisam aprender o recomeço (Rosa do Deserto, 56 anos).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas autobiográficas de mulheres com transtornos mentais, acolhidas em casas de passagem, revelaram um pouco das diversas experiências dolorosas ao longo de suas vidas. Essas histórias destacam um trecho de suas jornadas que as levaram a necessitar de acolhimento nessas instituições. Embora sejam indivíduos distintos, suas narrativas convergem em muitos aspectos, evidenciando os significativos desafios enfrentados ao longo de trajetórias marcadas por ciclos de vulnerabilidade, como questões de gênero, abandono, violência, pobreza, rompimento de laços afetivos e institucionalização.

O rompimento de alguns desses ciclos, nestes casos, visa evitar que essas mulheres retornem ao mesmo ciclo de violações. Para isso, é essencial adotar

abordagens mais atentas que considerem a complexidade de suas trajetórias e os níveis de vulnerabilidade envolvidos.

Ademais, a utilização de uma abordagem integrada com outros serviços, equipamentos e políticas públicas é crucial para enfrentar os desafios complexos vivenciados por mulheres em situação de acolhimento. Esta integração não apenas tem a capacidade de oferecer o suporte necessário para a reconstrução de suas vidas de forma segura e sustentável, como também, permite aprofundar as pesquisas sobre a vulnerabilidade e saúde dentro de uma casa de passagem. Nesse sentido, o uso de abordagens teórico-políticas interseccionais mais holísticas representam um grande potencial para a compreensão e o enfrentamento das desigualdades historicamente construídas em relação às mulheres em situação de vulnerabilidade, contribuindo assim para a construção de uma sociedade mais inclusiva e justa.

REFERÊNCIAS

1. Senicato C, Azevedo RCS de, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc saúde coletiva*. 2018; Aug; 23 (8): 2543–54.
2. World Health Organization. *Mental Health Atlas 2020*. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales: DSM-5*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
4. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.
5. Costa AMM. O reconhecimento da pessoa com transtorno mental severo como pessoa com deficiência: uma questão de justiça. 2013;15:03-16.

6. World Health Organization; Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014.
7. Abreu TPCD, Vilardo MAT, Ferreira AP. Acesso das pessoas com deficiência mental aos direitos e garantias previstos na Lei Brasileira de Inclusão por meio do Sistema Único de Assistência Social. *Saúde em Debate*. 2019;43:190-206.
8. Feminella AP, Lopes LF. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Comentada. In: Setubal JM, Fayan RAC, organizadores. Campinas: Fundação FEAC; 2016.
9. Costa, M. da G.S.G. da, Dimenstein, M.D.B., Leite, J.F. Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estud Psicol (Natal)*. 2014 Apr;19(2):145–54.
10. Oliveira GCM. de, Martins AC, Pazini DS, Paula EED, Nunes LC, Freitas ED de. Tipificação e fatores associados à ocorrência de violência em pessoas em situação de rua em um município de Minas Gerais, Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2023 Jun;28(6):1607–17.
11. Coldibeli LP, de Paiva FS, Batista CB. Gênero, pobreza e saúde: Revisão sistemática sobre a saúde de mulheres em situação de rua. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*. 2021;20(1):e38015.
12. Rosa AS, Brêtas ACP. A violência na vida de mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2015;19(53).
13. Santos IT dos, Prado Júnior RR, Tajra FS, Mendes RF. Experiências de acesso à saúde bucal de mulheres em situação de rua. *Saúde debate*. 2023, Jan;47(136):83–95.
14. Brasil. Política Nacional de Assistência Social (PNAS/SUAS). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Secretaria Nacional de Assistência Social, setembro de 2004.
15. Minayo MCS, Deslandes SF. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26ª ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes; 2007.
16. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.
17. Vasconcelos EM. Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. Petrópolis, RJ: Vozes; 2002.

18. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*. 2018;(40):11-25.
19. Minayo MCS, Assis S, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
20. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2011.
21. CERQUEIRA D e Bueno S (coord.). *Atlas da violência 2023*. Brasília: Ipea; FBSP, 2023.
22. Silva De Carvalho E. Acolhimento de Pessoas em Situação de Rua. *Atâtô - Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos da UEG*. 2023 Ago;4(1):105-121.
23. Richwin IF, Zanello V. "Desde casa, desde berço, desde sempre": violência e mulheres em situação de rua. *Revista Estudos Feministas*. 2023;31(1):e77926.
24. STEVENS C, Oliveira S, Zanello V, Silva E, Portela C. *Mulheres e violências: interseccionalidades* -- Brasília, DF : Technopolitik, 2017. 628 p. il.
25. Meneghel SN, *et al*. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27(4).
26. Paz Potiguara O, Silva PN, Becker-Vieira L, Rigatto-Witt R. Vulnerability of Women in Situation of Violence in Specialized Service. *Aquichan*. 2019;19(2).
27. Ferreira RM, Vasconcelos TB de, Moreira Filho RE, Macena RHM. Características de saúde de mulheres em situação de violência doméstica abrigadas em uma unidade de proteção estadual. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Dec;21(12):3937–46.
28. Brasil. Presidência da República. Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993. *Lei Orgânica da Assistência Social*. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. 1993.
29. Esmeraldo AFL, Ximenes VM. *Mulheres em Situação de Rua: Implicações Psicossociais de Estigmas e Preconceitos*. Psicologia: Ciência e Profissão. 2022;42.
30. Barreto L, Dimenstein M, Leite JF. Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental. *Athenea Digital. Revista de pensamento e investigación social*. 2013;13(3):195-207.

31. Guimarães RCS, Soares MCS, Santos RC, Moura JP, Freire TVV, Dias MD. Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil. Rev Cuid [Internet]. 2018.
32. Gomes NP, Erdmann AL, Mota LL, Carneiro JB, de Andrade SR, Koerich C. Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. O Mundo da Saúde. 2013;37(4):377-384.
33. Escorel S. Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social. SciELO-Editora FIOCRUZ. 1999.
34. Corrêa LFC, Lima JRP, Campos LHR de. Uma análise da pobreza multidimensional do Nordeste metropolitano com uso de modelo de equações estruturais. Revista Brasileira de Estudos de População [online]. 2015;32(2).
35. Barbosa AC, Oliveira SS, Oliveira RG. Vulnerabilidades mediando o encontro do Cuidado em Saúde: por uma agência interseccional. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2024,
36. Bragé ÉG, Ribeiro LS, Rocha DG, Ramos DB, Vrech LR, Lacchini AJB. Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica. J Bras Psiquiatr. 2020 Jul;69(3):165–70.
37. Scheffer G. Serviço Social e Dona Ivone Lara: o lado negro e laico da nossa história profissional. Serviço Social & Sociedade [online]. 2016, n. 127

7.2 Artigo Científico 2

Intersectorialidade do cuidado a mulheres com transtornos mentais que vivem em Casas de Passagem no Brasil durante a Covid-19: uma revisão narrativa.

Intersectoral care for women with mental disorders living in shelters in Brazil during Covid-19: a narrative review.

Intersectorialidad del cuidado a mujeres con trastornos mentales que viven en Casas de Paso en Brasil durante la Covid-19: una revisión narrativa.

RESUMO

No Brasil o tema população de mulheres com transtornos mentais vivendo em instituições de acolhimento ainda é um grande desafio para as políticas públicas para a garantia de acolhimento, tratamento e fortalecimento das redes de proteção destas pessoas. Objetivo: descrever o estado da arte da literatura acerca das mulheres com transtornos mentais que se encontram vivendo em serviços de acolhimento no Brasil durante a Covid-19 na intenção de uma melhor compreensão sobre essas mulheres. Metodologia: A pesquisa foi realizada nas bases de dados SciELO, PubMed e BVS utilizando os descritores “Mulher E Transtorno mental” e “Mulher E Acolhimento institucional” e as categorias sobre a Dimensão social frente a Covid-19: vínculos sociais, condições de vida, ruptura familiar e violência; e a Dimensão da saúde: transtorno mental, política pública e serviços de acolhimento institucional norteiam o debate com o método da análise interpretativa. Resultados: A articulação entre os serviços de assistência social e saúde enfrenta grandes desafios, e as instituições de acolhimento, que deveriam integrar e fortalecer vínculos, muitas vezes carecem de infraestrutura para atender às complexas demandas dessas mulheres. A pandemia de Covid-19 agravou essas dificuldades, sobrecarregando ainda mais os sistemas de saúde e assistência social e evidenciando a fragilidade das políticas públicas. Considerações finais: No Brasil o tema população de mulheres com transtornos mentais vivendo em serviços de acolhimento ainda é um grande desafio para as políticas públicas para a garantia de acolhimento, tratamento e fortalecimento das redes de proteção destas pessoas. A articulação das redes socioassistenciais e de saúde é imprescindível para delimitação dos suportes de apoio e potencialização de estratégias para garantir a

assistência em saúde e garantia de direitos no intuito de atender às necessidades de segmentos populacionais mais vulneráveis.

Palavras-chave: Transtorno mental; Acolhimento institucional; Mulher; Pessoas em situação de rua; Saúde.

ABSTRACT

In Brazil, the issue of women with mental disorders living in care institutions remains a significant challenge for public policies aimed at ensuring their shelter, treatment, and the strengthening of their protection networks. Objective: This study aims to describe the state of the art in the literature regarding women with mental disorders living in care institutions in Brazil during the Covid-19 pandemic, with the intention of better understanding these women's conditions. Methodology: The research was conducted using the SciELO, PubMed, and BVS databases with the descriptors "Woman AND Mental disorder" and "Woman AND Institutional shelter." The categories explored include the social dimension in the face of Covid-19, focusing on social bonds, living conditions, family disruption, and violence; and the health dimension, examining mental disorders, public policy, and institutional care services. The discussion is guided by the interpretive analysis method. Results: The articulation between social assistance and health services faces significant challenges, and care institutions, which should integrate and strengthen bonds, often lack the infrastructure to meet these women's complex needs. The Covid-19 pandemic has exacerbated these difficulties, further burdening the health and social assistance systems and highlighting the fragility of public policies. Final Considerations: In Brazil, addressing the needs of women with mental disorders living in care institutions remains a major challenge for public policies. Ensuring proper shelter, treatment, and the strengthening of protection networks is crucial. The articulation of social assistance and health networks is essential for defining support mechanisms and enhancing strategies to guarantee healthcare and rights, aiming to meet the needs of the most vulnerable population segments.

Keywords: Mental disorder; Institutional care; Women; Intersectorality.

RESUMEN

En Brasil, el tema de la población de mujeres con trastornos mentales que viven en instituciones de acogida sigue siendo un gran desafío para las políticas públicas destinadas a garantizar el acogimiento, tratamiento y fortalecimiento de las redes de protección para estas personas. Objetivo: describir el estado del arte de la literatura sobre mujeres con trastornos mentales que residen en servicios de acogida en Brasil durante la Covid-19 con el fin de comprender mejor la situación de estas mujeres. Metodología: La investigación se llevó a cabo en las bases de datos de SciELO, PubMed y BVS utilizando los descriptores "Mujer y trastorno mental" y "Mujer y acogimiento institucional", y las categorías relacionadas con la Dimensión social frente a la Covid-19: vínculos sociales, condiciones de vida, ruptura familiar y violencia; y la Dimensión de la salud: trastorno mental, política pública y servicios de acogida institucional guían el debate con el método de análisis interpretativo. Resultados: La articulación entre los servicios de asistencia social y de salud enfrenta grandes desafíos, y las instituciones de acogida, que deberían integrar y fortalecer los vínculos, a menudo carecen de infraestructura para atender las complejas demandas de estas mujeres. La pandemia de Covid-19 ha exacerbado estas dificultades, sobrecargando aún más los sistemas de salud y asistencia social y evidenciando la fragilidad de las políticas públicas. Conclusiones: En Brasil, el tema de la población de mujeres con trastornos mentales que viven en servicios de acogida sigue siendo un gran desafío para las políticas públicas destinadas a garantizar el acogimiento, tratamiento y fortalecimiento de las redes de protección para estas personas. La articulación de las redes socioasistenciales y de salud es imprescindible para delimitar los apoyos y potenciar estrategias que garanticen la asistencia sanitaria y la protección de los derechos con el fin de satisfacer las necesidades de los segmentos de población más vulnerables.

Palabras clave: Trastorno mental; acogimiento institucional; Mujer; Intersectorialidad.

INTRODUÇÃO

A pandemia de Covid-19, estimulou novos debates acerca da importância de se ter serviços de saúde bem estruturados e capazes de atender demandas advindas de crises de saúde pública¹. A Covid-19 se configurou como um dos maiores problemas de saúde pública das últimas décadas², trazendo diversas consequências e atingindo países, populações específicas de forma diferenciadas, a exemplo, às pessoas com deficiência que podem estar mais vulneráveis e suscetíveis aos riscos causados pela pandemia. No entanto, pouco se sabe sobre quais foram as suas consequências e respostas dadas a esse grupo populacional³.

Mensurar o que é deficiência, não é tarefa fácil, uma vez que, esta, se trata de uma experiência complexa, dinâmica e multidimensional que está intrínseca na condição humana⁴. Contudo, sua compressão vem se modificando ao longo dos anos, nos diferentes momentos históricos e culturais, passando assim, a se aproximar do campo dos saberes sociais sob a perspectiva de sua transversalidade na qual a deficiência é resultado do ambiente social hostil⁵.

Considerando contribuições trazidas pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (2008), pode-se dizer que a definição da deficiência ganhou novos capítulos ao ser considerada cada vez mais como uma questão de direitos humanos⁴. Reconhecer a pessoa com deficiência como sendo aquela que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com barreiras comportamentais, ambientais que impõe restrições à participação social em igualdade de condições com os demais; trouxe importantes contribuições para a proteção social, garantia e extensão de direitos das pessoas com deficiência⁶.

Neste mesmo contexto, ao se falar especificamente sobre a deficiência mental, a dificuldade de mensuração se expande um pouco mais, pois esta abrange as condições de saúde mental ligadas às funções mentais do corpo que englobam um amplo espectro de condições relacionadas a doenças ou transtornos mentais⁷. Todavia, cabe observar que, nem todo transtorno mental pode ser considerado como sendo deficiência mental, pois para tal, este deve ser capaz de gerar incapacidades

ou impedimentos de longo prazo que ao interagirem com barreiras restringem ou limitam a participação plena na sociedade em igualdade de condições com os demais⁷.

Os transtornos mentais são considerados um problema crescente no mundo, atingindo, aproximadamente, 1 bilhão de pessoas até o ano de 2019⁸. De uma forma geral, eles podem ser caracterizados como sendo uma perturbação clinicamente significativa que afeta a cognição, regulação emocional, comportamento e vida funcional de um indivíduo⁹. A carga de transtornos mentais continua a crescer no mundo, causando impactos significativos nas áreas da saúde, economia, sociais, direitos humanos principalmente em países de baixa e média renda¹⁰.

Existem diferentes tipos e níveis de transtornos mentais no mundo. Estes, geralmente, são caracterizados por uma combinação de sintomas que alteram pensamentos, percepções, emoções e comportamentos causando sofrimento ao indivíduo interferindo em sua vida funcional e interpessoal¹⁰. Dentre os transtornos mentais mais frequentes estão a ansiedade, depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia dentre outros¹⁰. Estes transtornos estão ligados às funções mentais do corpo e ao interagirem com barreiras limitadoras, são capazes de restringir ou até mesmo impedir participação social em situação de igualdade com os demais e, portanto, podem ser considerados uma deficiência mental^{11 12}. Em 2020, o número de pessoas com transtornos mentais aumentou de forma significativa em consequência da Covid-19 e, embora haja opções de tratamento e prevenção disponíveis, a maioria das pessoas com transtornos mentais não tem acesso ou sofrem com discriminações, estigmatização e violações de direitos que contribuem para afastá-las do tratamento⁸.

Os transtornos mentais são considerados um problema de saúde pública que vêm se perpetuando através dos séculos e podem ser agravados quando associados à comorbidades e determinantes e condicionantes sociais que possam causar prejuízos à funcionalidade e a qualidade de vida de indivíduos com transtornos mentais¹³. De modo geral, pode se dizer que os determinantes e condicionantes sociais da saúde mental vão muito muito além dos atributos individuais da pessoas e estão diretamente ligados ao surgimento e/ou agravamento de transtornos mentais e na possibilidade do surgimento e intensificação das

morbidades e transtornos mentais, uma vez que envolvem uma série de fatores sociais, culturais, econômicos, político, ambientais, genéticos, nutricionais⁴, interpessoais, relacionados às dificuldades no autocuidado¹⁴.

No Brasil, aproximadamente 3% da população sofre com transtornos mentais graves e persistentes, sendo a sua prevalência mais visível em mulheres adultas do que na população masculina. A população feminina, em todas as faixas etárias, são mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais, sendo os transtornos depressivos, de ansiedade, comportamentais e de humor os mais prevalentes. Todavia, cabe observar, há uma certa escassez de dados recentes sobre a prevalência de transtornos mentais em mulheres¹⁵. Observa-se também que o índice de utilização dos serviços de atendimento psiquiátrico é considerado relativamente baixo. Alguns fatores que podem explicar essa baixa procura por atendimento podem estar relacionados ao estigma, preconceito, falta de conhecimento da doença e falta de treinamento adequado das equipes para receber esse tipo de demanda¹⁶.

Pessoas com transtornos mentais geralmente se encontram em maior situação de vulnerabilidade e exclusão. e geralmente são provenientes das camadas mais vulneráveis da sociedade. Essas pessoas, ao se encontrarem em situação de abandono tendo seus laços familiares rompidos, muitas vezes acabam vivendo em uma situação de rua entre os intervalos das internações¹⁷.

De acordo com Maia, Sanches e Vasconcellos¹⁸ o transtorno mental pode ser um fator contributivo para que a pessoa viva em situação de rua e, se a vivência em condições de rua contribui para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais, subentende-se que ela também concorre para o surgimento de outros agravos e elevação do risco de suicídio. Os serviços de atendimento à população em situação de rua com transtornos mentais também são campos de inclusão e atuação da assistência social que devem atuar de forma intersetorial e integrada às outras redes assistenciais de proteção e saúde para que as necessidades do indivíduo sejam atendidas em sua totalidade¹⁹.

A partir da regulamentação dos serviços de saúde mental advinda da Reforma Psiquiátrica do Brasil e da efetivação da Política Nacional de Saúde Mental houve garantia de acolhimento e tratamento às pessoas com transtorno mental por meio da

Rede de Assistência Psicossocial (RAPS)²⁰. Dentre seus os pontos de atenção em saúde mental destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS), Serviços Residenciais Terapêuticos que são destinados a prestar assistência nos diferentes níveis e complexidade garantindo o atendimento, acolhimento e tratamento a este segmento populacional. Além dessa rede de cuidados, a política de Assistência Social também definiu propostas de proteção social para resolução das necessidades ligadas às vulnerabilidades sociais, reconstrução de vínculos comunitários e familiares, distribuição de renda, acolhimento de pessoas em situação de rua e outros^{20 21}.

Nesse contexto, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a Política Nacional de Saúde Mental são consideradas marcos amplificadores de direitos e proteção social com vista à redução da pobreza e das iniquidades sociais no Brasil²². Todavia, apesar da existência de dispositivos voltados ao acolhimento, cuidado e proteção de pessoas com transtornos mentais e destas serem enquadradas como pessoas com deficiência mental, cabe lembrar que se trata também de uma questão de estigmatização e discriminação cultural onde a sociedade impões limitações severas ao processo de inserção no mercado de trabalho, de manutenção do emprego, de inclusão social condenando a pessoa vivendo com o sofrimento a viver isolado da comunidade¹¹. Isso gera aumento no nível de sofrimento cada vez maior para a pessoa que, por vez, pode contribuir para o agravamento dos sintomas e baixa adesão ao tratamento, aumento das situações de vulnerabilidade sociais e econômicas, bem como a viverem em situação de rua ou em situação de acolhimento institucional.

O serviço de acolhimento institucional é ofertado no pelo Sistema Único da Assistência Social (SUAS) no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade, em diferentes modalidades a saber:

- a) Serviço de Acolhimento Institucional: Abrigo institucional; Casa-Lar; Casa de Passagem; Residência Inclusiva²³.
- b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências²³.

Estes devem funcionar em unidades inseridas na comunidade local, com características residenciais que promovam uma estrutura adequada e ambiente acolhedor para atender às necessidades de seus usuários. A ideia principal é acolhida como garantia de proteção integral e prevenção de agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos²³.

Os estudos realizados em serviços de acolhimento e na população de rua no âmbito internacional, citados nos estudos de Lovisi²⁴, apontam para um relevante número de transtornos mentais graves como depressão, esquizofrenia, distúrbios de humor, comportamentais, transtornos causados por abuso de álcool e outras drogas nestes segmentos populacionais. Nos achados do autor²⁴, a taxa de pessoas com transtornos mentais graves que se encontram em situação de rua ou vivendo em instituições de acolhimento no Brasil é superior à população adulta sem transtornos mentais que se encontram nas mesmas condições²⁴. E, embora, os transtornos causados pelo alcoolismo sejam mais frequentes no segmento masculino, os dados indicam uma necessidade de maiores cuidados direcionados às mulheres por apresentarem maior prevalência de esquizofrenia e depressão, com um maior número de internações psiquiátricas no passado²⁴.

No Brasil, a interseção entre saúde mental, deficiência e a situação de rua destaca a vulnerabilidade extrema enfrentada por essas populações. As políticas públicas frequentemente não conseguem oferecer a infraestrutura necessária para atender às demandas complexas dessas pessoas, resultando em lacunas significativas no cuidado. Segundo Yasui et al.²⁵, a articulação entre os serviços de assistência social e saúde é fundamental, mas ainda enfrenta grandes desafios, especialmente na integração e fortalecimento de vínculos sociais. A pandemia de Covid-19 exacerbou essas dificuldades, sobrecarregando os sistemas de saúde e assistência social e evidenciando a fragilidade das políticas públicas existentes¹.

A intersetorialidade do cuidado, que inclui a colaboração entre as redes socioassistenciais, o Sistema Único de Saúde (SUS) e outros serviços, é crucial para garantir a inserção e acesso aos serviços de saúde e sociais. A literatura aponta que essa articulação pode potencializar estratégias para atender às necessidades de segmentos populacionais mais vulneráveis, como mulheres com transtornos mentais vivendo em instituições de acolhimento²⁶. No entanto, a falta de

estudos específicos sobre essa população durante a Covid-19 destaca a urgência de novas pesquisas para compreender melhor suas condições e aprimorar as políticas públicas voltadas para seu cuidado e proteção^{27 28}. Nesse sentido, tomando a relevância da temática, no sentido de contribuir com a integralidade do cuidado voltado à pessoa com transtorno mental, sobretudo das mulheres, esse estudo objetivou descrever o estado da arte da literatura acerca das mulheres com transtornos mentais que se encontram vivendo em instituições de acolhimento no Brasil durante a Covid-19 na intenção de uma melhor compreensão sobre essas mulheres. Cabe ressaltar que a pesquisa poderá auxiliar significativamente na organização de redes e serviços, uma vez que busca evidenciar as lacunas e necessidades específicas dessas mulheres, permitindo uma melhor articulação entre os diferentes setores envolvidos no cuidado.

MÉTODO

Após uma tentativa inicial de conduzir uma revisão sistemática com os descritores "mulher AND transtornos mentais" e "mulher AND acolhimento institucional" nas bases de dados Scielo, PubMed e BVS, identificaram-se 56 artigos relevantes publicados.

Os critérios adotados para inclusão ou exclusão dos artigos encontrados nas referidas bases de dados seguiram os seguintes critérios de elegibilidade: Inclusão: estudos completos, disponíveis online, publicados de 2018 a 2022, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem o tema mulheres com transtorno mental em situação de acolhimento institucional. Exclusão: artigos que abordassem os temas sobre crianças, adolescentes, idosos, gestantes e puérperas. No entanto, nenhum desses artigos abordava diretamente a interseção entre mulheres com transtornos mentais vivendo em instituições de acolhimento no Brasil durante a pandemia de Covid-19.

Diante dessa lacuna, todos os 56 artigos foram excluídos da pesquisa, o que motivou a adoção de uma abordagem alternativa. Optou-se, então, por realizar uma revisão narrativa a qual é apropriada para discutir o estado da arte de um determinado assunto sob ponto de vista teórico ou contextual²⁹. Essa categoria de

revisão é considerada útil para atualização de conhecimento, mas não oferece métodos reproduzíveis ou respostas quantitativas, sendo essencialmente qualitativos²⁹. Nela o pesquisador tem maior liberdade para explorar e sintetizar informações, buscando responder a questões amplas e complexas²⁹.

Para orientar essa revisão narrativa, foi buscado embasamento na Política Nacional de Assistência Social (PNAS). E com base nesse referencial, foram definidos dois eixos de análise cruciais para a compreensão do tema:

- Identificação das diferentes vulnerabilidades que levam as mulheres a buscar proteção social em instituições de acolhimento durante a pandemia. Isso inclui não apenas os transtornos mentais enfrentados por essas mulheres, mas também fatores sociais, econômicos e de saúde que as tornam particularmente vulneráveis nesse contexto.
- Importância da intersetorialidade na garantia da integralidade e continuidade do cuidado dispensado a essas mulheres e suas famílias. Reconhecer que a assistência não pode se restringir apenas aos serviços de saúde mental, mas deve envolver diferentes atores, como profissionais de saúde, assistentes sociais, educadores e autoridades governamentais, é essencial para garantir uma abordagem holística e eficaz.

Em razão da utilização de dados secundários, a revisão não necessitou ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), conforme rege a Resolução nº510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante as fases de busca e seleção material científico observou-se uma escassez de publicações sobre mulheres com transtornos mentais em situação de acolhimento institucional. Em sua grande maioria as publicações se referiam ao acolhimento institucional de crianças e adolescentes, transtornos mentais em gestantes, puérperas e violência contra mulher (sem menção de algum tipo de

passagem por instituições de acolhimento, abrigos ou casas de passagem). Essa escassez de literatura acadêmica sobre o assunto não apenas evidencia uma lacuna significativa no conhecimento, mas também sublinha a urgência e a necessidade de se conduzir esta pesquisa. A ausência de estudos detalhados que abordem a interseção entre saúde mental, gênero e acolhimento institucional durante a pandemia impede a compreensão completa das vulnerabilidades e necessidades dessas mulheres. Esta lacuna crítica impede o desenvolvimento de políticas públicas eficazes e a implementação de estratégias de intervenção que possam melhorar significativamente a qualidade de vida dessas mulheres.

A dimensão social frente a Covid-19: vínculos sociais, condições de vida, ruptura familiar e violência.

Durante emergências em saúde pública, como a pandemia de Covid-19, as respostas para proteção não devem necessariamente considerar as populações em abstrato, pois não há um ser humano universal. Sendo assim, é mais importante colocar as necessidades dos indivíduos no centro das respostas para proteção³⁰.

De modo geral, pode se dizer que regras abstratas durante emergências sanitárias acabam por abandonar as populações mais vulneráveis, especialmente as mulheres³⁰. Pereira *et al.*³ chama a atenção para o fato de que a pandemia de Covid-19 jogou luz sobre a invisibilidade vivida pelas pessoas com deficiência e para o seu apagamento em sistemas oficiais. Embora, não se tenha dados específicos, acessíveis, sobre o impacto da Covid-19 na populações vulneráveis como por exemplo a população feminina com transtornos mentais que se encontra vivendo em acolhimento institucional no Brasil, não é difícil supor que as iniquidades, são maiores nas camadas populacionais mais vulneráveis^{3 30}. A violência estrutural da sociedade é antiga e se apoia no arcabouço da economia e cultura advindos da idealização patriarcal europeia que confere aos grupos minoritários e vulneráveis o status da exclusão das proteções do estado e invisibilidade. O que levanta os questionamentos sobre quais vidas importam e quais vidas são dignas de proteção do estado³⁰. Entretanto, para a atenção psicossocial, cada vida importa³¹.

A saúde mental é algo complexo que envolve inúmeras circunstâncias no contexto psicossocial e dos determinantes e condicionantes sociais, ambientais, econômicos, culturais, dentre outros capazes de causar ou aumentar os níveis de vulnerabilidade e desigualdades sociais. É importante salientar que é o contexto externo que coloca o indivíduo em situação de vulnerabilidade, portanto, não se pode dizer que a vulnerabilidade é algo intrínseca do indivíduo³². Para Gomes e Elias²² as perdas, restrições, frustrações, violências, problemas econômicos geram impotência e quebra de vínculos que podem levar as pessoas a desenvolverem ou agravar transtornos mentais já existentes, assim como problemas de saúde ou mesmo a viverem em situação de rua.

A violência é consequência das mazelas sociais que atingem a sociedade, sobretudo a população feminina. O rompimento de laços familiares e comunitários, consumo abusivo de álcool e outras drogas contribuem para o aumento da vulnerabilidade neste segmento populacional e podem ser considerados como fatores preditivos para que muitas mulheres acabem em situação de rua e por consequência, vivendo instituições de acolhimento.

Compreender as situações de vulnerabilidade, invisibilidade, de rompimento e/ou fragilização dos vínculos familiares que corroboram para ocultar situações de violência, descaso, abandono e cerceamento de direitos é fundamental para o enfrentamento de emergência de saúde pública e garantia de direitos³³.

A Dimensão da saúde: transtorno mental, política pública e serviços de acolhimento institucional:

A população feminina é a que mundialmente mais sofre com transtornos mentais de comportamento e personalidade, tal proposição se dá em decorrência de vários aspectos que podem ser biológicos e fisiológicos, de gênero, sociais, culturais, de violência contra a mulher e outros^{34 35}. Associados aos Transtornos mentais há um expressivo número de indivíduos que apresentam outras comorbidades como hipertensão, diabetes, obesidade, câncer, Infecções Sexualmente Transmissíveis e com isso a necessidade de um gerenciamento de

ações intersetoriais para garantia da integralidade e continuidade do cuidado e proteção destas pessoas³⁵. No Brasil, a população feminina adulta é considerada a que mais sofre com transtornos mentais. Os principais diagnósticos encontrados em ambos os sexos estão relacionados aos transtornos de humor, depressivos, de ansiedade, psicóticos, esquizofrênicos³⁵.

Cada serviço na esfera da saúde mental foi implantado para atender casos com gravidades diferentes³⁵. Entretanto, o atendimento nos moldes do cuidado em saúde e em saúde mental dispensados a pessoas com transtornos mentais no âmbito da atenção em saúde ainda demonstra obstáculos que são percebidos pelos profissionais de saúde e pelos próprios pacientes³⁶.

O modelo assistencial em saúde mental funciona através de uma rede de serviços descentralizados e territorializados, sendo as Unidades Básicas de Saúde (UBS) a “porta de entrada” preferencial no atendimento aos pacientes com transtornos mentais^{37 38}. A rede também conta com os dispositivos, serviços e equipamentos da atenção especializada, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) que atuam em diferentes pontos e modalidades estratégias, de cuidado às pessoas com transtornos mentais. É imprescindível que toda a Rede de Atenção Psicossocial atue em sincronia com as outras políticas públicas para a garantia de direitos e redução dos níveis de vulnerabilidade^{21 38}.

A garantia do acesso amplo aos serviços e programas que integram as políticas públicas deve ser voltada à proteção social, ao acolhimento e tratamento da população. Devendo atuar em rede de forma articulada e intersetorial, inclusive no âmbito SUAS e do SUS em suas diferentes instâncias. As ações articuladas no âmbito das redes de serviços devem buscar garantir às pessoas com deficiência o acesso a informações e orientações que assegurem a plena participação social e exercício da cidadania^{39 40}. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS) tem como objetivo consolidar um modelo de atenção psicossocial robusto, definindo propostas para a resolução de casos de vulnerabilidades sociais e garantindo direitos fundamentais e acesso a serviços assistenciais, bem como a reconstrução de vínculos sociais⁴¹. No entanto, a aplicação dessas políticas encontra-se em um terreno complexo e desafiador, especialmente quando se trata de atender pessoas com sofrimento mental²⁵. Uma vez que essas pessoas apresentam demandas

específicas, geralmente, relacionadas às suas precárias condições de vida e situações de vulnerabilidade que afetam o processo saúde-doença⁴². A existência de pontos de tensão significativos em relação à definição de responsabilidades e competências entre os serviços de assistência social e os demais setores é uma das principais dificuldades enfrentadas na articulação entre os serviços de assistência social e saúde mental. Outros pontos estão relacionados a falta de clareza nas atribuições e a escassez de recursos destinados a esses serviços. Além disso, as políticas de assistência social frequentemente não possuem a infraestrutura necessária para atender às complexas demandas das pessoas com sofrimento mental, resultando em lacunas significativas no cuidado²⁵.

A assistência social no Brasil, como política pública de proteção social, é atualmente organizada e gerida pelo Sistema Único da Assistência Social e organiza ações em dois tipos de proteção social, de acordo com o nível de complexidade. A primeira é a Proteção Social Básica, que se destina à prevenção da vulnerabilidade e dos riscos sociais. A segunda é a Proteção Social Especial (PSE), dividida em duas categorias: média e alta complexidade^{41 43}. Dentro das proteções sociais, existem serviços e ações destinados a garantir a proteção, em sua forma integral, a indivíduos e famílias que se encontram sem referência, em situação de ameaça, que precisam ser afastados do núcleo familiar e/ou comunitário como forma garantir sua integridade, autonomia, direitos e outros^{41 43}. Neste nível de complexidade operam os serviços de acolhimento institucional, divididos em diferentes modalidades e destinados a ofertar acolhimento de diferentes espécies aos indivíduos e famílias que se encontraram em situação de vulnerabilidade, com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, devendo atuar em todos os ciclos de vida, e arranjos familiares sem distinção de sexo, orientação sexual, raça, cor, religião e etnia²³.

Na modalidade de acolhimento institucional Casa de Passagem os serviços são voltados para acolhimento de caráter imediato e emergencial. Sua configuração principal, não é a moradia por longos períodos, mas sim um recurso de caráter transitório na forma de acolhida para garantia da proteção integral, prevenindo agravamento de situações de negligência, violência e ruptura de vínculos²³. As Unidades de Acolhimento Institucional, Casa de Passagem, podem ser estruturadas por gênero. Quando voltadas para o acolhimento de mulheres, as acolhidas são

geralmente mulheres em situação de rua e seus filhos menores de 18 anos. Em razão da transitoriedade do serviço o período de permanência é de até noventa dias, operando 24h por dia^{41 23 44}. A Política Nacional de Assistência Social busca consolidar um modelo de atenção psicossocial robusto que garanta direitos fundamentais e acesso a serviços assistenciais, promovendo a reconstrução de vínculos sociais²⁵. No entanto, a integração entre políticas públicas e os diferentes comassetores com a assistência social enfrenta desafios significativos, especialmente na coordenação, comunicação, capacitação de profissionais para que trabalhem de forma integrada garantindo a continuidade de cuidado, abordagem integrada e holística para além da assistência social. A tensão sobre a responsabilidade da assistência social em atender essas pessoas reflete a complexidade da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social²⁵.

No cenário internacional, Simões⁴⁵ ao analisar os achados de Comas Herrera *et al.* 2020, trazem a reflexão acerca dos problemas causados por crises de saúde complexas de caráter multidimensional, como a pandemia de Covid-19, em pessoas idosas, em situação de rua, pessoas com problemas de saúde mais complexos, pessoas com deficiência, pobres, privados de direitos e outros grupos em situação de risco, uma vez que, o contexto traz consequências imprevisíveis passando a ter uma necessidade maior de serem protegidas. Para Gomes e Elias²² as perdas, restrições, frustrações, violências, problemas econômicos gera impotência e quebra de vínculos que podem levar as pessoas a desenvolverem ou agravar transtornos mentais já existentes, assim como problemas de saúde ou mesmo a viverem em situação de rua.

Frente às novas demandas da sociedade, sobretudo daqueles que são mais vulneráveis, surge a necessidade da articulação e fortalecimento e trabalho em rede entre os serviços da assistência social e os demais setores e entre diferentes políticas públicas⁴⁶, ou seja, a rede de assistência social, bem como os serviços de acolhimentos deve funcionar de forma articulada com os demais setores e serviços da rede socioassistencial, do Sistema Único de Saúde, com a rede educacional, dentre outras, de forma a garantir a inserção e acesso dos seus usuários nos serviços, programas, projetos, benefícios e ações que integram toda a rede socioassistencial e de saúde, bem como a garantia de direitos^{42 47}. A interface,

intersetorialidade e articulação entre políticas públicas é um tema demasiadamente importante, uma vez que uma política por si só não soluciona tudo e necessita se comunicar para identificar as necessidades da população e os benefícios que pode ou não oferecer⁴⁸.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil o tema população de mulheres com transtornos mentais vivendo em serviços de acolhimento ainda é um grande desafio para as políticas públicas para a garantia de acolhimento, tratamento e fortalecimento das redes de proteção destas pessoas. A articulação das redes socioassistenciais e de saúde é imprescindível para delimitação dos suportes de apoio e potencialização de estratégias para garantir a assistência em saúde e garantia de direitos no intuito de atender às necessidades de segmentos populacionais mais vulneráveis.

A intersectorialidade do cuidado para mulheres com transtornos mentais que se encontravam vivendo em instituições de acolhimento no Brasil durante a pandemia de Covid-19 revela a urgência e a complexidade das demandas enfrentadas por essa população vulnerável frente a crises de saúde pública. Destacando a necessidade de se ter um sistema de atendimento mais integrado e articulado, envolvendo a assistência social, saúde, educação e outras redes de apoio. A pandemia exacerbou as dificuldades, invisibilidades e escassez de dados preexistentes em populações vulneráveis, evidenciando a fragilidade das políticas públicas em garantir suporte adequado a essas pessoas. A falta de infraestrutura e a insuficiência de recursos nas redes assistências comprometem a efetividade do cuidado prestado, resultando em lacunas significativas no atendimento das necessidades complexas dessas mulheres. A integração dos serviços é fundamental para garantir o acesso a programas, benefícios e ações que promovam a inserção social e a garantia de direitos.

Portanto, a intersectorialidade do cuidado é essencial para criar uma rede de suporte robusta, capaz de atender às diversas demandas dessas mulheres de maneira eficaz. A implementação de políticas públicas que favoreçam a articulação

entre os diferentes setores e a alocação de recursos adequados são passos cruciais para a construção de um sistema de proteção social que realmente responda às necessidades das mulheres com transtornos mentais em Casas de Passagem.

As limitações observadas neste estudo apontam para escassez de material científico sobre o tema e que a maioria dos artigos encontrados relatam sobre acolhimento institucional voltado para crianças e adolescentes e ILP ou residências inclusivas. Isso reforça a necessidade da importância de atualizações, pesquisas e estudos sobre o tema mulheres com transtornos mentais em acolhimento institucional.

Suporte financeiro: Não houve.

REFERÊNCIAS

1. Gunnell D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ... & Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471. [online]. 2020.
2. WHO. World Health Organization. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; [online]. 2020.
3. Pereira, E L *et al.* Invisibilidade sistemática: pessoas com deficiência e Covid-19 no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2021, v. 25, suppl 1
4. OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. [online]. 2011.
5. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Editora Brasiliense. [online]. 2007.
6. Brasil. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo

- Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*. [online] 2009
7. Gonzalez F. A Tipificação da Deficiência Mental na Legislação Brasileira. *Revista DI*, 2021.
 8. WHO -World Health Organization. Mental disorders. [online]. 2022.
 9. Associação Americana de Psiquiatria (AAP). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, [online]. 2014.
 - 10.OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Transtornos mentais. [online]. 2022.
 - 11.Costa AMM. O Reconhecimento da Pessoa com Transtorno Mental Severo como Pessoa com deficiência: Uma Questão de Justiça [online]. [local desconhecido]: Inclusive - Inclusão e Cidadania; 2013.
 - 12.Abreu TPCD, Vilardo, MAT., & Ferreira, AP. Acesso das pessoas com deficiência mental aos direitos e garantias previstos na Lei Brasileira de Inclusão por meio do Sistema Único de Assistência Social. *Saúde em Debate*, 43, 190-206, [online]. 2020.
 - 13.França JDON., Ferreira AA., Lopez TA., de Oliveira Freitas, CC., de França, N ES., Cardoso, SV., & Brasil, VBP. Prevalência de comorbidades clínicas em portadores de transtornos mentais acompanhados no Centro de Atenção Psicossocial. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), [online] 2021.
 - 14.da Silva Branquinho J., Gomes FA., da Silva RP., Leite MMA., da Silva Candido MCF., de Lima LA., & Bispo IMGP. Doenças crônicas em pacientes com transtornos mentais. *Revista Gestão & Saúde*, 5(4), 2458-2464; 2014.
 - 15.Bragé ÉG., Ribeiro LDS., Rocha DGD., Ramos DB., Vrech LR., & Lacchini, AJB. Perfil de internações psiquiátricas femininas: uma análise crítica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 69, 165-170 [online]. 2020
 - 16.Santos ÉGD., & Siqueira MMD. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal brasileiro de Psiquiatria*, 59, 238-246. [online] 2010.
 - 17.Brito MMM. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 26, n. 2, p. 320–327, jun. 2006.

18. Maia LFDS, Sanches, AM & Vasconcellos C. Transtornos mentais mais encontrados nas pessoas em situação de rua. *Revista Científica de Enfermagem-RECIEN*, 12(40). [online] 2022.
19. de Lima OC., & Hack NS. Desafios e estratégias dos Assistentes Sociais no acompanhamento à pessoa em situação de rua com transtorno mental. *Humanidades em Perspectivas*, 5(12), 18-31[online] 2021.
20. Borysow IDC & Furtado JP. Acesso e intersectorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23, 33-50. [online] 2013.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* Brasília, DF, 23 dez. [online] 2011.
22. Gomes DF & Elias FTS. Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental. *Comunicação em Ciências da Saúde*. [online]. 2017.
23. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, MDS. [online]. 2009.
24. Lovisi GM. Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2000.
25. Yasui S. *et al.* Intersectorialidade e saúde mental: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, 14(2), 45-60 [local desconhecido] [online], 2021
26. Senicato C, Azevedo RCS de, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc saúde coletiva*. [online], 2018; Aug; 23 (8): 2543–54.
27. Raiol JJM. Orlando RM, & Thomazini E. COVID-19 e a invisibilização da pessoa com deficiência: as formas de divulgação de informação em site oficial. *Comunicações*, [online] 28(2), 267-280, 2011.

28. Matta, G.C., Rego, S., Souto, E.P., and SEGATA, J., eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 221 p. I. [online] 2021.
29. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul enferm* Apr;20(2):v–i. [online].2007.
30. Rego ., Palácios M, Brito L, & SANTOS RD. Bioética e Covid-19 vulnerabilidades e saúde pública. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Fiocruz ed. Rio de Janeiro:[sn], 61-72. [online] 2021.
31. De Souza ÂC., dos Santos LR., Júnior JGF., Correia TA., & Carvalho AL. Pandemia instalada: a reinvenção do cotidiano dos dispositivos de atenção psicossocial. *Saúde em Redes*, 6(2Sup), 193-201. [online] 2020.
32. Silva AS. Desigualdade socioeconômica na saúde pública brasileira e sua influência no desenvolvimento de transtornos mentais. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 7(11), 1612–1624 [online]. 2021.
33. Noal, DS, Passos, MFD. & Freitas, CM. (Orgs.). *Recomendações e Orientações em Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Covid-19*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, [online] 2020.
34. Loiola EF, Costa BC, Oliveira KLX., & Borges LDAR. Transtornos Mentais Evidentes no Sexo Feminino. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 15(3), 72-76. [online] 2020.
35. Hiany N, Vieira MA, Gusmão ROM., & Barbosa SF . Perfil epidemiológico dos transtornos mentais na população adulta no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atual in Derme*, 86(24) [online] 2018.
36. Li S, Zhang Y. Mental healthcare for psychiatric inpatients during the COVID-19 epidemic. *Gen Psychiatr*. 2020;33(2):e100216. [online] 2020.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: O vínculo e o diálogo necessários. *Boletim do nº01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica*, Brasília, [online] 2003.

38. Salgado RRSP . Consultório na rua: uma avaliação da política pública de atendimento em saúde à população em situação de rua com transtornos mentais. *Caderno De Pesquisa Aplicada*, 2(1), 47-62. [online] 2020.
39. Souza FMD, Carvalho MCDA, Valência E, Silva TFCD, Dahl CM, & Cavalcanti MT. Acompanhamento de pacientes do espectro esquizofrênico no território: adaptação da intervenção para períodos de transição (" Critical Time Intervention") para o contexto brasileiro em centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20, 427-435. [online] 2012.
40. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) em Brasília [online]. 2015.
41. Brasil. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, [online]. 2004.
42. Pereira, SFB. Saúde mental e intersetorialidade: Reflexões a partir de demandas aos Assistentes Sociais. *SER Social*, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 72–98, [online], 2020.
43. Brasil. Presidência da República (PR). Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS): Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização do Sistema Único da Assistência Social. Brasília. [online]. 2011.
44. Brasil. Secretária de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda do Distrito Federal. Portaria nº 53, de 10 de março de 2009. Dispõe sobre o funcionamento e organização da Casa de Passagem Feminina, no âmbito do Distrito Federal. Brasília. [online]. 2009.
45. Simões Â. Da vulnerabilidade à invisibilidade: os idosos institucionalizados durante a pandemia covid 19. *HIGEIA-Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias*, 45-56. [online]. 2021.
46. de Lima Pereira KY, & Teixeira SM. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social - Networks and intersectorality in social policies: reflections on their concept on Social assistance policy. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), [online] 12(1), 114–127, 2013.

47. Carmo ME e Guizardi FL. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 27, n. 04 [, pp. 1265-1286, 2017.
48. Nascimento S do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social & Sociedade* [online]. n. 101, pp. 95-120, 2010.

7.3 Produto Técnico

O produto técnico faz parte dos produtos do mestrado profissional em Saúde Coletiva, pela Universidade de Brasília, para obtenção do título de mestre. Consistiu na produção de um Guia de serviços e equipamentos de utilidade pública que tem por objetivo facilitar a localização pela sociedade de informações completas e objetivas sobre como obter acesso a serviços públicos. O Guia foi elaborado na expectativa de orientar e ordenar o cuidado e acesso aos serviços essenciais na região administrativa de Taguatinga e regiões próximas, por meio da apresentação dos serviços e equipamentos essenciais voltados aos usuários da Assistência Social, Sistema Único de Saúde e outros serviços e equipamentos de utilidade pública.



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva

Guia de serviços e equipamentos de utilidade pública



Fonte imagem: Valéria Almeida

Brasília, 2024

APRESENTAÇÃO

Caro leitor, elaboramos este guia na expectativa de orientar e ordenar o cuidado e acesso aos serviços essenciais na região administrativa de Taguatinga e regiões próximas, por meio da apresentação dos serviços e equipamentos essenciais voltados aos usuários da Assistência Social, Sistema Único de Saúde e outros serviços e equipamentos de utilidade pública.

O SUS é amplamente considerado como um dos maiores e mais abrangentes sistemas de saúde pública do mundo, fornecendo uma vasta gama de serviços que vão desde cuidados primários básicos, como avaliações de pressão arterial, até intervenções médicas avançadas, como transplantes de órgãos (Brasil, 1990). Ele garante acesso integral, universal e gratuito aos serviços de saúde para toda a população do país.

Articulando-se com outras iniciativas de política pública o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) oferece uma variedade de serviços para assegurar que o cidadão receba apoio quando enfrentar situações inesperadas que possam comprometer seu acesso aos direitos sociais, garantindo que não fique desassistido por meio de serviços, benefícios, programas e projetos.

A intersetorialidade entre o SUS, o SUAS e outras políticas públicas e serviços é essencial para garantir uma abordagem abrangente e integrada às necessidades da população. Isso implica na colaboração entre diferentes setores, como saúde, assistência social, educação, trabalho, habitação, segurança alimentar, entre outros (Carmo e Guizardi, 2017).

Promover a integração entre esses sistemas e políticas, é necessário para otimizar recursos, evitar sobreposições de ações e promover uma abordagem mais holística e eficaz na promoção do bem-estar e na garantia dos direitos dos cidadãos. Isso pode incluir a articulação de ações para enfrentar determinantes sociais da saúde, como condições de moradia, acesso à educação e emprego, além de fortalecer redes de proteção social e ampliar o acesso a serviços essenciais para a

população, como saúde básica, assistência social, educação e outros serviços públicos. Neste ponto, traremos o Guia em capítulos, nos quais abordaremos os serviços e equipamentos públicos localizados na Região administrativa de Taguatinga, Distrito Federal, voltados à assistência em Atenção Primária em Saúde, Atenção Secundária, Rede Hospitalar, Educação, Assistência Social, Serviços de utilidade pública, Transporte e Lazer.

COLABORADORES

Valéria Regina Souza Almeida - Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Éverton Luís Pereira - Professor da Universidade de Brasília

Jéssica de Souza Lopes - Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília

Sumário

CAPÍTULO I - SAÚDE

1. Atenção Primária	11
2. Atenção Secundária	15
2.1 UPA - Unidade de Pronto Atendimento	15
2.2 Policlínicas – Taguatinga	17
2.3 Ambulatório de Feridas Complexas	19
2.4 Os centros de especialidades odontológicas	20
2.5 Centros de Referência – Taguatinga	21
2.5.1 Centros de Especialidades para a Atenção às PESSOAS em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica (CEPAVs)	21
2.5.2 CEPAVs em Taguatinga	21
2.6 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	24
2.6.1 CAPS II – Taguatinga	25
2.6.2 CAPS AD Tipo III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III - Samambaia	26
2.6.3 CAPS III – Samambaia	27
2.6.4 CAPS II - Riacho Fundo	28
2.7 Atendimento Ambulatorial Especializado em Reabilitação Física e Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (CER II Taguatinga)	30
3. Rede Hospitalar	31
3.1 Hospital Regional de Taguatinga	31
3.2 Hospital São Vicente de Paulo	32

CAPÍTULO II - SEGURANÇA PÚBLICA

4.1 DEAM II - Delegacia Especial de Atendimento à Mulher II	33
4.2 Polícia Civil e Militar	34
4. 3 Fórum Desembargador Antônio Melo Martins - Fórum de Taguatinga - TJDF	35

CAPÍTULO III - EDUCAÇÃO

5.1 Educação para Jovens, Adultos Idosos	35
5.2 Educação Profissional e Tecnológica - EPT	36

5.3 Ensino especial	37
---------------------	----

CAPÍTULO IV - ASSISTÊNCIA SOCIAL

6.1 Centro de Referência de Assistência Social – CRAS	38
6.1.1 Centro de Referência de Assistência Social - CRAS TAGUATINGA	39
6.1.2 Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Taguatinga Areal	40
6.2 Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS	40
6.3 Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop	41
6.4 Centro Pop Taguatinga	42

CAPÍTULO V - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE UTILIDADE PÚBLICA

7.1 Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)	43
7.2 Agência da Previdência Social Brasília - Taguatinga	43
7.3 Agência do Trabalhador	44
7.4 Na Hora – Unidade Taguatinga	44

CAPÍTULO VI - TRANSPORTE PÚBLICO

8.1 Estação de Metrô Taguatinga Sul	46
8.2 Estação de Metrô Praça do Relógio	46
8.3 Terminal de Ônibus de Taguatinga Sul (Taguatinga)	46
8.4 Rodoviária de Taguatinga - DF	46

CAPÍTULO VII - LAZER

9.1 Parque Ecológico do Lago Cortado	47
9.2 Parque Ecológico do Areal	47
9.3 Parque Ecológico Saburo Onoyama	48
9.4 Taguaparque - Parque de Uso Múltiplo Taguaparque	49

CAPÍTULO VIII - OUVIDORIA DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

10. Serviços de Ouvidoria	49
---------------------------	----

INTRODUÇÃO

Os equipamentos públicos comunitários constituem elementos fundamentais da infraestrutura urbana, destinados a prover serviços públicos essenciais nas áreas de educação, saúde, cultura, assistência social, esportes, lazer, segurança pública, abastecimento, serviços funerários e afins. Reconhecidos pelo poder público, esses espaços representam um conjunto diversificado de serviços que visam atender às necessidades e interesses da comunidade em geral. A disponibilização desses serviços abrange desde a educação básica até o acesso à saúde e à cultura, bem como atividades de lazer e esportivas, constituindo-se em elementos cruciais para a promoção do bem-estar e desenvolvimento social das populações urbanas. Nesta perspectiva, os equipamentos públicos comunitários emergem como pilares estratégicos na construção e fortalecimento das bases sociais e cívicas das cidades, consolidando-se como espaços vitais para a realização da cidadania e o fomento da inclusão social.

OBJETIVO

O Guia de serviços e equipamentos de utilidade pública tem por objetivo facilitar a localização pela sociedade de informações completas e objetivas sobre como obter acesso a serviços públicos.

MÉTODO

Este guia prático resultou de uma pesquisa conduzida nos portais oficiais da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal (SEE-DF), Companhia do Metropolitano do Distrito Federal (Metrô-DF) e Secretaria de Estado de Segurança Pública do Distrito Federal (SSP/DF). Este estágio foi primordial para a coleta de informações pertinentes e contemporâneas. Subsequentemente, os dados obtidos foram meticulosamente organizados, sendo categorizados conforme os temas relevantes ao escopo do manual, incluindo saúde, educação, transporte e segurança pública. Tal classificação se mostrou crucial para a facilitação da compreensão e da acessibilidade das informações aos usuários do manual. Após essa fase inicial de organização,

procedemos a uma análise criteriosa de todas as informações coletadas, identificando os pontos mais relevantes e úteis ao público-alvo do manual, descartando dados obsoletos ou irrelevantes. Este processo seletivo foi essencial para assegurar a qualidade e a precisão do conteúdo final do manual. Munidos das informações selecionadas, adentramos a etapa de redação, empregando uma linguagem clara e concisa para garantir a compreensão pelo público-alvo. Paralelamente, realizamos revisões minuciosas visando corrigir eventuais erros e garantir a coesão textual. Além da redação, dispensamos atenção ao design e à visualização do manual, concebendo um layout atrativo e intuitivo e incorporando elementos visuais, como gráficos e tabelas, conforme apropriado. Esta abordagem visual contribuiu significativamente para a usabilidade e a atratividade do manual. Por fim, procedemos à revisão final do manual para garantir sua qualidade e atualidade, estabelecendo um plano de atualização periódica para refletir eventuais alterações nas fontes de dados ou nas políticas e procedimentos pertinentes. Esta medida visa assegurar a utilidade e a relevância contínua do manual ao longo do tempo. Em síntese, mediante esses procedimentos meticulosos, logramos desenvolver um manual prático, abrangente e valioso, embasado em fontes de dados confiáveis e oficiais, destinado a auxiliar o público-alvo nas diversas áreas abordadas pelo manual.

CAPÍTULO I - SAÚDE

1. Atenção Primária

A assistência em saúde compreende uma série de medidas voltadas para a saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Isso engloba a promoção e proteção da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, visando proporcionar uma atenção completa que beneficie a saúde das comunidades. Como coordenadora do cuidado e ponto de entrada primário para os sistemas de saúde, ela se baseia nos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (Brasil, 2017).

O que as Unidades Básicas de Saúde fazem por você:

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o estabelecimento da Atenção Primária, responsável por cuidar de você e da sua família.

Desenvolvem ações e serviços na prevenção, tratamento de doenças e agravos à saúde e tratamento de casos menos graves;

Respondem aos problemas de saúde mais comuns e oferecem ações e serviços voltados para a promoção, prevenção e tratamento.

Serviços ofertados

- Acolhimento;
- Assistência de enfermagem, médica, odontológica e multiprofissional;
- Atenção à saúde da gestante, criança, adolescente, mulher, homem, LGBTQIA+ e idoso;
- Acompanhamento de Pré-natal e Puerpério;

- Planejamento reprodutivo, colocação de DIU, entrega de preservativos (masculinos e femininos) e contraceptivos;
- Controle do tabagismo, álcool e outras drogas;
- Acompanhamento de doenças crônicas, incluindo hipertensão e diabetes;
- Teste rápido de sífilis, HIV e Hepatites;
- Teste rápido de gravidez;
- Curativos, retirada de pontos, troca de sondas e ostomias, suturas e pequenos procedimentos;
- Vacinação;
- Coleta de exames laboratoriais;
- Confecção de Cartão SUS;
- Encaminhamento para especialidades médicas ambulatoriais e especializadas;
- Entrega de medicamentos e insumos básicos;
- Rastreamento de câncer de colo de útero e mama;
- Saúde mental;
- Saúde bucal;

Formas de acesso

O acolhimento em qualquer Unidade Básica de Saúde está garantido a todo cidadão.

Ao chegar na UBS, você será acolhido por um profissional da equipe que avaliará o tipo de atendimento do qual necessita.

- Atendimento imediato: casos agudos e de maior gravidade;
- Vacinação;
- Agendamento;
- Encaminhamento à unidade de saúde responsável pelo território da sua residência; e
- Remoção para o serviço de urgência e emergência (Pronto Socorro ou UPA).

Observação

Quando houver a necessidade de consultas, exames ou atendimentos em especialidades que não atendem na UBS, o profissional da unidade fará a solicitação do agendamento dos atendimentos, via sistema de regulação.

Documentos necessários (recomendados)

- Documento oficial de identificação com foto.;
- Cartão Nacional do SUS (Cartão SUS);
- Comprovante de residência (não obrigatório).

IMPORTANTE: O ACOLHIMENTO NÃO PODE SER NEGADO AO CIDADÃO POR FALTA DE DOCUMENTAÇÃO.

Prioridade no atendimento

A definição de prioridade de atendimento é feita por meio da Classificação de Risco, processo que avalia a gravidade da situação utilizando critérios clínicos e de vulnerabilidade.

Saúde da Família

As UBSs contam com equipes de Saúde da Família (eSF) compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde e por equipes de saúde bucal, composta por odontólogo e técnico em saúde bucal.

Unidades Básicas de Saúde da Região Administrativa de Taguatinga, Distrito Federal

Unidade	Endereço	Funcionamento	Contato
UBS 01 Taguatinga	QNG AE 18 19 - S/N CEP: 72130-005	Segunda-feira a Sexta-feira: de 07:00 às 19:00 Sábado: de 07:00 às 12:00 e Domingo: Fechado	3354-4080, 3354-1441 e 3355-1412
UBS Nº 2 Taguatinga	St. D Norte QND Lote A Praça do Bicalho CEP: 72120-270	Segunda-feira a Sexta-feira: de 07:00 às 19:00 Sábado: de 07:00 às 12:00	(61) 3355-6110 3354-1040, 3354-3020 e 3354-5542
UBS Nº 3 Taguatinga	Endereço: St. L Norte QNL 1 CEP: 70297-400	Segunda-feira a Sexta-feira: de 07:00 às 19:00 Sábado: de 07:00 às 12:00	3336-1440, 3563-6005 e 3652-5056
UBS Nº 5 Taguatinga	Endereço: Setor D Sul, AE 23 - Av. Samdu Sul CEP: 72020-260	Segunda-feira a Sexta-feira: de 07:00 às 19:00 Sábado: de 07:00 às 12:00	3563-9014, 3563-7913 e 3561-2072
UBS Nº 6 Taguatinga	St. C Sul QSC AE 5/6 Setor B Sul CEP: 72016-010	Segunda-feira a Sexta-feira: de 07:00 às 19:00 Sábado: de 07:00 às 12:00	(61) 3352-8508 3563-7055, 3351-5043 e 3563-8913
UBS Nº 7 Taguatinga	St. M-Norte QNM 36 CEP: 72145-000	Segunda-feira a Sexta-feira: de 08:00 às 17:00 Sábado: de 07:00 às 12:00	3371-2030, 3371-2888 e 3371-3371
UBS Nº 8 Taguatinga	QNL 24 AE - TAG. NORTE NOVA QNL CEP: 72161-409	Segunda-feira a Sexta-feira: de 07:00 às 19:00 Sábado: de 07:00 às 12:00	3475-1012, 3475-2912 e 3475-1996

Fonte: SES-DF, 2024

2. Atenção Secundária

A Atenção Secundária atua no atendimento ambulatorial especializado, como suporte à Atenção Primária à Saúde. No nível secundário

2.1 UPA - Unidade de Pronto Atendimento

A UPA compõe a Política Nacional de Urgência e Emergência, caracterizando-se como estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, articulado com a Atenção Básica, com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com a Atenção Domiciliar e com a Atenção Hospitalar, a fim de possibilitar o melhor funcionamento da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Serviços ofertados pelas UPAs

- Acolhimento com Classificação de risco;
- Atendimento clínico de urgência e emergência;
- Exames laboratoriais de urgência e emergência;
- Exames radiológicos de urgência e emergência;
- Administração de medicamentos;
- Permanência em observação por até 24h.
- Exames para fins diagnósticos:
- Exames de imagem (Raio-x).

Procure a UPA em caso de:

- Parada cardiorrespiratória
- Dor no peito/dor cardíaca
- Falta de ar/dificuldade para respirar
- Convulsão
- Vômitos ou diarreias que não cessam
- Vômitos com sangue

- Dor abdominal, de moderada a grave
- Dor de cabeça intensa
- Rigidez na nuca
- Queda súbita de pressão
- Elevação de pressão arterial, a partir de 160×100 MMH
- Dor aguda
- Alergia severa (coceira e vermelhidão intensa pelo corpo)
- Envenenamento
- Tentativa de suicídio

Documentação necessária para atendimento

Documentos de identidade e cartão nacional de saúde;

Observação

Os casos graves serão atendidos independentemente da documentação;

Os pacientes menores de idade deverão estar acompanhados do responsável, munidos de documentos de identidade;

As crianças que ainda não possuem documentos de identidade poderão levar cópias da certidão de nascimento.

UPAs próximas à Região Administrativa de Taguatinga, Distrito Federal

Unidade	Endereço	Funcionamento	Contato
UPA VICENTE PIRES*	Próximo a St. Hab. Vicente Pires – Taguatinga, Brasília – DF	24 horas, todos os dias da semana.	3550-8900 (Ramal: 8670 ou 8674)
UPA SAMAMBAIA*	Q QS 107, conjunto 4 – Samambaia Sul/DF	24 horas, todos os dias da semana.	3550-8739 (Ramal: 8519 ou 8521)

UPA RECAN- DAS* EMAS	TO Quadra 400/600, Área Especial	24 horas, todos os dias da semana.	
-------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--

Fonte: SES-DF, 2024

* Ligada diretamente ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu)
Fonte: SES-DF, 2024

2.2 Policlínicas–Taguatinga

As Policlínicas do Distrito Federal oferecem atendimento ambulatorial especializado e atuam como suporte às Unidades Básicas de Saúde (UBS) em casos que não são de urgência e emergência.

Serviços ofertados pelas Policlínicas

Especialidades médicas atendidas nos ambulatorios: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia, oftalmologia, psiquiatria, pneumologia, reumatologia, otorrinolaringologia, ortopedia e outras.

Outras especialidades: enfermagem, nutrição, psicologia, fisioterapia, serviço social, dentre outras, Terapia Ocupacional, odontologia, nutrição, fonoaudiologia e outras.

Exames e Procedimentos

Eletrocardiograma, Raio X, Exame de Mapa/Holter, Endoscopia, Eletroencefalograma, Procedimento de Pequena Cirurgia e outros.

Requisito de atendimento

- Todos os agendamentos de primeira consulta são feitos através das Unidades Básicas de Saúde,
- Pelo Sistema de Regulação da SES/DF ou
- Pela Gerência Interna de Regulação da Região de Saúde Sudoeste (Taguatinga, Samambaia e Recanto das Emas).

Observação

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Orientação Médica e Psicopedagógica (COMPP), o Adolescentro ou os hospitais da rede SES/DF também podem encaminhar pacientes para as policlínicas.

Documentação necessária para atendimento

- Documento de identificação válido
- Cartão do SUS
- Cartão de Atendimento
- N° do SES.

Observação

Após o encaminhamento pelo serviço de saúde, o usuário deve aguardar o contato do Complexo Regulador informando data, hora e local da consulta.

Policlínicas da Região Administrativa de Taguatinga, Distrito Federal

Unidade	Endereço	Funcionamento	Contato
Policlínica Taguatinga 2	Hospital Regional De Taguatinga (Endereço: QNC – Área Especial nº 24 – Taguatinga Norte/DF)	Segunda à sexta-feira (exceto feriados) de 07h às 12h e de 13h às 18h.	(61) 2017-1700 (telefonia)
Policlínica Taguatinga 2	Setor Central – QSD 12 Área Especial nº 01 – Taguatinga Centro– DF. CEP: 72.010- 120.	segunda à sexta-feira (exceto feriados) de 07h às 12h e de 13h às 18h	(61) 2017-1145 Ramal 4409.

Fonte: SES-DF, 2024

2.3 Ambulatório de Feridas Complexas

As feridas complexas são lesões que não seguem o curso normal da cicatrização, demandam tempo cicatricial além do esperado, devido a processos infecciosos,

perdas teciduais extensas e traumas que colocam em risco a integridade e a viabilidade de órgãos e membros.

Os ambulatórios de feridas complexas atendem usuários com feridas que necessitam da realização de curativo, avaliação da ferida, orientações para o autocuidado e acompanhamento de enfermagem.

Requisito de atendimento

(Encaminhado) de outros serviços de saúde.

Documentação necessária

- Documento de identificação válido;
- Cartão nacional do SUS;
- Relatório de encaminhamento de enfermagem ou médico para o ambulatório de referência;

Área de abrangência

Região de Saúde Sudoeste

Endereço

Setor. C Norte Área Especial 24 – Taguatinga, Brasília – DF, 72120-970. Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Ambulatório de cirurgia, Guichê 4.

Ambulatório de Feridas Complexas em Taguatinga, DF

Unidade	Endereço	Funcionamento	Contato
Ambulatório de Feridas Complexas	Setor. C Norte Área Especial 24 – Taguatinga, Brasília – DF, 72120-970. Hospital Regional de Taguatinga (HRT), Ambulatório de cirurgia, Guichê 4.	Segunda a quinta-feira de 07:30 às 11:30; Segunda, terça e quinta-feira de 13:00 às 17:00;	-

2.4 Os centros de especialidades odontológicas

Nesses locais são realizados tratamentos clínicos como: atendimentos de urgência e emergência odontológicas, raspagem e profilaxia dental, restauração, extração de dentes permanentes e decíduos (“de leite”) e prótese dentária, dentre outros. São contemplados pacientes de todas as faixas etárias.

Os centros de especialidades odontológicas estão localizados:

- Hospital Regional de Taguatinga - urgência e emergência
- Policlínica de Taguatinga

Requisito de atendimento

Sistema de Regulação (SisReg) pelo cirurgião dentista, responsável por seu atendimento clínico na UBS.

Documentação necessária

Documento de identidade com foto e Cartão do SUS.

Observação 1

Menores de idade e/ou incapazes deverão comparecer acompanhados por seu responsável legal com documento de identidade, de ambos, com foto. Também deverá levar exames complementares, caso os possua.

Observação 2

Prontos Socorros Odontológicos (PSs): Atendimentos odontológicos de urgência e emergência no

HRT: Atendimentos aos sábados e domingos das 07h00 às 19h00.

2.5 Centros de Referência – Taguatinga

Os centros de referências são unidades que oferecem apoio à população em especialidades específicas, desde o acompanhamento à Saúde da Mulher, à atenção para situações de violência, à obesidade até à reabilitação. Os serviços fazem parte da rede pública de saúde do Distrito Federal e podem ser acessados seguindo cada caso.

2.5.1 Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica (CEPAVs)

O serviço de atendimento à pessoa em situação de violência, no âmbito da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, oferece assistência numa abordagem biopsicossocial e interdisciplinar. Faz articulação com a rede de atendimento realizando os encaminhamentos institucionais e intersetoriais e a promoção da cultura de paz.

Público alvo

Crianças, adolescentes, adultos e idosos em situação de violência sexual, familiar e doméstica.

Formas de acesso

Porta aberta e funcionam por meio de agendamento, realizado pelo próprio usuário presencialmente ou por telefone.

Documentação necessária

Documento válido de identificação;

2.5.2 CEPAVs em Taguatinga

CEPAV - ORQUÍDEA

Modalidade de Atendimento:

- Acolhimento;
- atendimentos individuais e em grupo para crianças em situação de violência sexual, maus tratos e negligência;
- Grupos de pais (maus tratos e negligência);

- Atendimento individual e em grupo para mulheres;
- Atendimento pediátrico para crianças até 11 anos;
- Atendimento ginecológico para adolescentes a partir de 12 anos e mulheres.

Público alvo:

Crianças, adolescentes, adultos (mulheres, homens e idosos).

Observação

Tipos de violência: Sexual, psicológica, doméstica, negligência e maus tratos.

Acesso ao Serviço

ACOLHIMENTO POR LIVRE DEMANDA EM HORÁRIO COMERCIAL

CEPAV - AZALEIA

Modalidade de Atendimento

- Acolhimento;
- atendimentos ginecológicos para adolescentes a partir de 12 anos e mulheres;
- Atendimento pediátrico para crianças até 11 anos.

Público alvo

Crianças, adolescentes, adultos em situação de violência sexual, familiar e doméstica.

Tipos de violência

Sexual, psicológica, doméstica, negligência e maus tratos.

Acesso ao Serviço

ACOLHIMENTO POR LIVRE DEMANDA EM HORÁRIO COMERCIAL

CEPAV - AMARÍLIS

Modalidade de Atendimento

- Acolhimento;
- Atendimento pediátrico para crianças até 11 anos;
- Atendimentos ginecológicos para adolescentes a partir de 12 anos e mulheres.

Público alvo

Crianças, adolescentes, adultos em situação de violência sexual, familiar e doméstica.

Tipos de violência

Sexual, psicológica, doméstica, negligência e maus tratos.

Acesso ao Serviço

ACOLHIMENTO POR LIVRE DEMANDA EM HORÁRIO COMERCIAL

Observação

*Equipe reduzida. Não possui servidores suficientes para escala de segunda a sexta.

Centros de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica (CEPAVs) que atendem a Região Administrativa de Taguatinga, DF

Unidade	Endereço	Funcionamento	Contato
CEPAV ORQUÍDEA	Hospital Regional de Samambaia - HRSam QS 614 conj. 'C' lotes 01 e 02 Samambaia	HORÁRIO COMERCIAL	3449-7009/ 99155-2702 e-mail: cepav.orquidea@saude.df.gov.br

CEPAV AZALEIA	Hospital Regional de Taguatinga - (HRT) QNC – Área Especial nº 24 (ambulatório ao lado da matrícula)	HORÁRIO COMERCIAL	3449-6678/ (61) 99357-5529 e-mail: cepav.azaleia@saude.df.gov.br
CEPAV AMARILIS	UBS 03 - Recanto das Emas Qd 104 105 área especial lote, 25 Área Hospitalar	HORÁRIO COMERCIAL	(61) 99171-4300 e-mail: cepav.amarilis@saude.df.gov.br

Fonte: SES-DF, 2024

2.6 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

São serviços especializados de saúde mental inseridos na comunidade e que funcionam de porta aberta, ou seja, não é necessário encaminhamento para ser acolhido. Atualmente a Secretaria de Saúde conta com 18 (dezoito) CAPS de todas as modalidades, distribuídos por todas as Regiões de Saúde do Distrito Federal.

Público Alvo

Pessoas em sofrimento psíquico (como depressão, ansiedade, pânico, delírios, uso de drogas, pensamentos de suicídio).

Documentação necessária

Documento oficial de identificação com foto;

Cartão Nacional do SUS (Cartão SUS);

Comprovante de residência (recomendação, não obrigatório);

Observação

PARA PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA ESSES DOCUMENTOS NÃO SÃO EXIGIDOS.

2.6.1 CAPS II – Taguatinga

Realiza atendimento de adultos acima de 18 anos em sofrimento psíquico e/ou transtorno mental grave e persistente seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

Requisitos

O usuário poderá comparecer por demanda espontânea e/ou com encaminhamento de outros serviços de saúde.

Documentação Necessária

Documento de identificação válido com foto,

Comprovante de Residência e

Cartão do SUS

Formas de Acesso

Prioridade de atendimento: Paciente com sinais de maior gravidade psíquica.

Etapas

Acolhimento à Plano Terapêutico Singular à Grupos e Oficinas Terapêuticas à Consulta Médicas à Referenciamento para outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial.

Prazos

O usuário será acolhido no momento que comparecer a unidade, poderá haver espera para atendimento psiquiátrico.

Observação

As etapas e o tempo de espera podem variar dependendo da necessidade do usuário e/ou da urgência.

2.6.2 CAPS AD Tipo III – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas III - Samambaia

O Centro de Atenção Psicossocial realiza atendimento diário à população que apresenta transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas.

Possui leitos de acolhimento integral, com a finalidade de cuidado, como por exemplo para desintoxicações e outras condições clínicas leves a moderadas, que necessitam de intervenções médicas e de enfermagem, além de condições psicossociais agudas que O tempo de permanência nesses leitos de internação é de 14 dias. O serviço também conta com atendimentos individuais e grupos terapêuticos, nos quais os pacientes são convidados a participar de acordo com o objetivo pretendido no tratamento, de forma a ser estratégico para sua ressocialização e melhora da qualidade de vida, levando em conta também as suas aptidões pessoais.

Requisitos para atendimento

- Ter idade igual ou superior a 16 anos com uso nocivo (abuso/dependência) de álcool ou outras drogas.
- Demanda espontânea viabilizado por meio de acolhimento e avaliação psicossocial.
- Encaminhamentos das unidades da rede de saúde e de outras entidades socioassistenciais e, também, por encaminhamento de outros serviços de saúde mental.

Documentação Necessária

- Documento de identificação pessoal

Observação

IMPORTANTE: USUÁRIOS QUE NÃO POSSUÍREM DOCUMENTOS SERÃO ATENDIDOS.

Formas de Acesso

O acolhimento funciona em regime de porta aberta e não há lista de espera para esse atendimento.

Etapas

- Acolhimento
- Atendimento individual (médico e/ou especialistas)
- Projeto Terapêutico Singular
- Grupos e Oficinas terapêuticos
- Internação

2.6.3 CAPS III – Samambaia

É destinado ao acolhimento e acompanhamento de adultos com transtornos mentais graves e persistentes. Tem por objetivo trabalhar a integração social e familiar e promover a autonomia e a cidadania, através de um trabalho de reabilitação psicossocial.

Requisitos

Comparecimento espontâneo e/ou referenciado de outros serviços de saúde.

Documentação necessária

- Documento de Identificação Válido,
- Comprovante de Residência e
- Cartão do SUS

Prioridade de atendimento

Paciente com sinais de maior gravidade psíquica

Etapas

Acolhimento → Plano Terapêutico → Singular Grupos e Oficinas Terapêuticos → Consulta Psiquiátrica → Referenciamento para Unidade Básica de Saúde

2.6.4 CAPS II - Riacho Fundo

Atendimento especializado a usuários com transtornos mentais graves, com idade igual ou superior a 18 anos, nas seguintes modalidades:

- atendimentos individualizados: Acolhimento, atendimentos especializados (psiquiatria, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e enfermagem), administração de medicamentos, visitas domiciliares e institucionais, além de atendimento aos familiares;
- atendimentos em Grupo: Boas vindas, Convivência, Ajuda Mútua, Ouvidores de vozes, Espaço Criativo, CACO, Tabagismo, Mulheres, Homens;
- Atendimento em Oficinas: Oficina da Alegria, Oficina de Dança, Metamorfose, Coral, Ocupe-se;
- Práticas Integrativas em Saúde: Terapia Comunitária, Hatha Yoga, Lian Gong, Automassagem, Reiki;
- Outras ações: Educação em saúde, Educação Permanente, Matriciamento e Atividades Externas.

Requisitos (critérios de acesso)

Atendimento especializado a usuários com transtornos mentais, dos tipos psicóticos ou neuróticos graves, com idade igual ou superior a 18 anos. Os pacientes são acolhidos por demanda espontânea ou encaminhados por diferentes dispositivos públicos, tais como judicial, conselho tutelar, Defensoria Pública, Unidades de Atenção Primária ou Hospitalar etc.

Documentos Necessários

- Identidade ou equivalente;
- Comprovante de residência;
- Cartão do SUS;
- Número de registro na Rede SES, se houver.

Centros de Atendimento Psicossocial - CAPS que atendem a Região Administrativa de Taguatinga, DF

Unidade	Endereço	Funcionamento	Contato
CAPS II – Taguatinga	QNA 39 Área Especial 19 - Taguatinga, Brasília - DF, 72110-390	Segunda a sexta-feira das 7h às 12h e das 13h às 18h.	(61) 2017-1700 Ramal 4271; (61) 99415-1249 E-mail: adm.caps2tag@gmail.com
CAPS AD Tipo III - Álcool e Drogas	QS 107 conj. 07, lotes 3 e 4 Samambaia Sul, Brasília – DF	Aberto 24 horas	(61) 2017-2235
CAPS III – Samambaia	QS 302 Conjunto 05 Área lote 01 CEP: 72300-639	Segunda-feira à sexta-feira, pela manhã às 07h e no período da tarde às 13h.	(61) 98549-5372. E-mail: caps.samambaia@gmail.com
CAPS II - Riacho Fundo	EPNB, km-4, Área Especial. S/n, Av. Sucupira, Granja do Riacho Fundo – Riacho Fundo I/DF	Segunda a sexta-feira, das 07:30 às 11:00 e das 13:30 às 17:00	2017.1145 / Ramal: 8094 e 8093 E-mail: s.capsism@gmail.com; g.capsism@gmail.com

Fonte: SES-DF, 2024

2.7 Atendimento Ambulatorial Especializado em Reabilitação Física e Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (CER II Taguatinga)

Os Centros Especializados em Reabilitação fazem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e funcionam como pontos de atenção extra-hospitalar especializados em habilitação/reabilitação.

Requisito de atendimento

Se dá por encaminhamento da Unidade de Saúde, da rede hospitalar e/ou instituições da Atenção Básica, por meio do preenchimento de encaminhamento e/ou relatório, de acordo com o tipo de deficiência, física ou intelectual.

Documentação necessária

Para o primeiro acesso (acolhimento), a família deverá comparecer ao CER trazendo cópia do encaminhamento médico e/ou especialista não médico da rede pública de saúde, documento de identificação, cartão do SUS e comprovante de residência para agendar o acolhimento.

Etapas e Prazos

O acesso a novos usuários é disponibilizado a partir da liberação de vagas, que comumente ocorre devido a: alta, alta assistida, desistência, não adesão etc.

Prioridade de Atendimento:

Pacientes classificados na consulta de acolhimento, como amarelos. O serviço é disponibilizado a usuários de todas as faixas etárias.

Observação

O atendimento é agendado.

Atendimento Ambulatorial Especializado em Reabilitação Física e Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (CER II Taguatinga)

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
Centro Especializado em Reabilitação II Taguatinga (CER II Taguatinga)	Área Especial 16, Setor "C" Norte – Taguatinga Norte – Taguatinga, Brasília – DF, 72115-700	07:00 às 12:00 e 13:00h às 18:00h (de segunda à sexta-feira).	(61) 2017 1145 – Ramal – 4270

Fonte: SES-DF, 2024

3. Rede Hospitalar

3.1 Hospital Regional de Taguatinga

O Hospital Regional de Taguatinga é uma unidade de saúde de referência na região, oferecendo atendimento médico-hospitalar de alta complexidade. Reconhecido pela sua estrutura moderna e equipe qualificada, o hospital disponibiliza uma ampla gama de serviços, incluindo emergência, cirurgias, internações, exames diagnósticos e tratamentos especializados.

Descrição

Atendimento de urgência e emergência nas seguintes especialidades:

- Clínica Médica
- Clínica Cirúrgica
- Trauma
- Ginecologia / Obstetrícia
- Oftalmologia
- Ortopedia
- Pediatria

O Hospital Regional de Taguatinga possui UTI Adulto, UTI Pediátrica e Neonatal. As Unidades de Terapia Intensiva são unidades do hospital com equipe especializada e suporte avançado para atendimento da população que necessite cuidados intensivos.

ATENDIMENTO – No ambulatório do HRT funcionam diferentes especialidades, entre Cardiologia, Pediatria, Dermatologia, Ginecologia, Homeopatia, Ortopedia, Pneumologia, Otorrinolaringologia, Endocrinologia, Reumatologia, Exames, Cirurgia, Maternidade, entre outras.

Acessibilidade

Rampas de acesso e sinalização disponíveis nos acessos da unidade de saúde.

Endereço

Setor C Norte, Área Especial 24, Taguatinga Norte-DF

3.2 Hospital São Vicente de Paulo

O Hospital São Vicente de Paulo é uma unidade de referência especializada em atendimento de saúde mental. Atende usuários em situação de urgência e emergência em saúde mental de alta e média complexidade, com capacidade de resolução, apresentando:

- Agitação psicomotora e agressividade;
- Comportamento violento com riscos para si, outras pessoas e ao patrimônio;
- Necessidade de contenção física;
- Crises psicóticas.

Prioridade de atendimento

Pessoas com deficiência, idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, gestantes, lactantes, pessoas com crianças de colo e os obesos nos termos da lei.

Marcação de consulta

As marcações são realizadas diretamente no ambulatório, de segunda a sexta-feira, exceto feriados, de 7:00 hs às 12:00 hs e das 13:000 hs às 18:00 hs.

Documentos Necessários

Documento de identificação oficial válido.

Primeira consulta

Guia de consulta fornecida pelo profissional que está encaminhando ao especialista e comprovante de endereço.

Consulta retorno

Protocolo de encaminhamento para retorno fornecido pelo médico depois da primeira consulta

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
Hospital São Vicente de Paulo	QSC 01, Área Especial, Setor C Sul, Taguatinga Sul	Pronto Socorro: atendimento 24 horas. Serviços Ambulatoriais e Administrativos: 7h às 12h e das 13h às 18h (de segunda a sexta-feira, exceto feriados).	(61) 3449-7788/7789

Fonte: SES-DF, 2024

CAPÍTULO II - SEGURANÇA PÚBLICA

4.1 Delegacia Especial de Atendimento à Mulher II - DEAM II

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
Delegacia Especial de Atendimento à Mulher II - DEAM II	St. M QNM 2 - Ceilândia, Brasília - DF, 72210-515	Aberto 24 horas	(61) 3207-7391

PC-DF, 2024

4.2 Polícia Civil e Militar

Segurança

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
2º Batalhão de Polícia Militar	QNB AE 08 Samdú Norte	Aberto 24 horas	(61) 3910-1700

PMDf – Comando de Policiamento Regional Oeste (CPRO)	ST. Hoteleiro A/E N04 - Projeção C – Taguatinga Centro		(61) 3190-1062
PCDF – Posto policial do Hospital Regional de Taguatinga – 12ª DP	Setor C Norte Área Especial 24 Hospital Regional de Taguatinga - Taguatinga Norte, Brasília - DF		(61) 3352-2546
21ª DP – Taguatinga (Sul)	CS 09, Rua 123, Lotes 09/10 – Taguatinga Sul - Brasília/DF - CEP: 71.977-720		(61) 3207-7904
17ª DP – Taguatinga (Norte)	QNG 39, AE 12 - Taguatinga Norte, Brasília/DF - CEP: 72.130-390		(61) 3207-7531
12ª DP – Taguatinga (Centro)	EQ C3/C5, AE, Setor Central – Taguatinga Centro, Brasília/DF - CEP: 72.010-032		(61) 3207-7131

Fonte: df.gov.br

4. 3 Fórum Desembargador Antônio Melo Martins - Fórum de Taguatinga - TJDF

Fórum de Taguatinga - TJDF

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
Fórum de Taguatinga - TJDF	QNC, Área Especial 23 - Taguatinga, Brasília - DF, 72115-901	Segunda a sexta-feira 12:00–19:00 Sábado e domingo - Fechado	(61) 3103-7000

Fonte: tjdf.jus.br

CAPÍTULO III - EDUCAÇÃO

5.1 Educação para Jovens, Adultos Idosos

A educação para jovens, adultos e idosos nas modalidades presencial e a distância, são oportunidades para quem nunca estudou ou para quem não concluiu o ensino fundamental ou médio e deseja retomar os estudos.

Educação para Jovens, Adultos Idosos

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
Centro Educacional 02 - Taguatinga (CED 02)	QSD 09/11 Ae, Taguatinga Sul - Taguatinga, Brasília - DF, 72015-240	Segunda a Sexta. Atendimento 24 horas Sábado e domingo - Fechado	(61) 3901-6783
Centro Educacional 06 - Taguatinga (CED 06)	St. L Norte QNL 01 - Taguatinga, Brasília - DF, 72150-508	Segunda a Sexta - até as 23 h Sábado e domingo - Fechado	(61) 3901-7764 (61) 3901-6750
Centro de Ensino Médio Industrial de Taguatinga - CEMEIT	QNB 01 Ae 01, Taguatinga Norte - Taguatinga, Brasília - DF, 72115-010	Segunda a Sexta - até as 23 h Sábado e domingo - Fechado	(61) 3901-7570

Fonte: SEE-DF, 2024

5.2 Educação Profissional e Tecnológica - EPT

Ensino profissionalizante

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
---------	----------	---------------	---------

Centro de Educação Profissional – Escola Técnica de Brasília	QS 7 QS 07, Lote 02/08 – Av. Águas Claras – Vila Areal, Brasília - DF, 71966-700	Segunda a Sexta. 08:00–23:00 Sábado e domingo - Fechado	(61) 3901-6767
Centro de Ensino Médio Integrado de Taguatinga	EQNM 36/38 ÁREA ESPECIAL S/N Taguatinga, St. M - Norte, Brasília - DF, 72145-513	Segunda a sexta de 07:30–17:00 Sábado e domingo - Fechado	(61) 3901-8206

Fonte: SEE-DF, 2024

5.3 Ensino especial

A Educação Especial é uma modalidade de Ensino ofertada nas Unidades Escolares Regulares e nas Unidades Escolares Especializadas.

Centros de Ensino Especial

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
Centro de Ensino Especial (CEE)	Quadra QNJ 20 Área Especial, 12 Taguatinga Norte Brasília - DF, 72140-200	Segunda a sexta de 07:30–18:15 Sábado e domingo - Fechado	(61) 3318-2820
Escola Bilíngue Libras e Português Escrito*	QNH 1/3 AE 2, St. H Norte - Taguatinga, Brasília - DF, 72130-570	Manhã, tarde e noite.	(61) 3901-6741

Escola Bilíngue Libras e Português Escrito*

Escola Bilíngue Libras Português Escrito (EBT): Unidade Escolar regular, especializada e específica, em que a libras se constitui como primeira língua (L1) e Língua Portuguesa escrita (LP) como segunda Língua (L2), na oferta de Educação Básica (Educação Infantil, inclusive o Programa de Educação Linguística Precoce, Ensino Fundamental e Ensino Médio), e na Modalidade da EJA.

CAPÍTULO IV - ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Assistência Social é uma política pública; um direito de todo cidadão que dela necessitar. A assistência social está organizada por meio do Sistema Único de Assistência Social (Suas), presente em todo o Brasil. O objetivo é garantir a proteção social aos cidadãos, ou seja, apoio a indivíduos, famílias e à comunidade no enfrentamento de suas dificuldades, por meio de serviços, benefícios, programas e projetos.

6.1 Centro de Referência de Assistência Social – CRAS

É uma unidade pública de assistência social, do Sistema Único de Assistência Social, que se destina ao atendimento de famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social. No CRAS toda a população em situação de vulnerabilidade e risco social recebe atendimento no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF, por meio do qual pode também acessar outros serviços, benefícios, programas e projetos socioassistenciais. O CRAS é a porta de entrada para o cidadão acessar a proteção social básica, assim como outras políticas públicas.

Público alvo

Famílias ou indivíduos territorialmente referenciados ao CRAS, que passam por situações de insegurança, fragilidades, ausência de renda, pobreza e dificuldades de acesso aos serviços públicos.

Serviços, Programas e Benefícios:

- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos – SCFV;
 - SCFV para Crianças e Adolescentes de 06 a 15 anos;
 - SCFV para Adolescentes e Jovens de 15 a 17 anos;
 - SCFV para Jovens de 18 a 29 anos;
 - SCFV para Adultos de 30 a 59 anos;
 - SCFV para Idosos acima de 60 anos;
- Programa Caminhos da Cidadania para Jovens de 15 a 17 anos;
- Programa Criança Feliz Brasiliense;
- Isenção para emissão de 2ª via de Carteira de Identidade;
- Carteira do Idoso;
- Auxílio Natalidade;
- Auxílio por Morte;
- Auxílio em Situação de Vulnerabilidade Temporária;
- Auxílio em Situação de Desastre ou Calamidade Pública;
- Benefício Excepcional;
- Cesta de Alimentos Emergencial;
- Cadastro Único de programas sociais;

6.1.1 Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Taguatinga

Atendimento

Taguatinga Norte; M Norte; Chaparral; Vila São José; Vicente Pires; Colônia Agrícola Samambaia; Assentamento 26 de Setembro; Assentamento Terra Santa; Canaã do Reino.

Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Taguatinga

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
CRAS Taguatinga	QNG 27, Área Especial nº 4 – Taguatinga	Segunda a Sexta 8h às 18H	3773-7469; 3773-7470; 3773-7471 E-mail: crastag@sedes.df.gov.br

Fonte: SEDES, 2024

6.1.2 Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Taguatinga Areal

Atendimento

Areal; Taguatinga Sul (QSA A QSF); Setor Habitacional Arniqueiras – SHA; Avenida Vereda da Cruz; Bate Caverna; Smaff; Alvorada; Boca da Mata; Área de Desenvolvimento Econômico – ADE; Águas Claras; Setor de Mansões Taguatinga – SMT.

Centro de Referência de Assistência Social - CRAS Taguatinga Areal

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
CRAS Taguatinga - Areal	OS 09 Área Especial / lote 01 a 07 Areal – Águas Claras	Segunda a Sexta 8h às 17h	3773-7474; 3773-7475; 3773-7476; 3773-7477 E-mail crasareal@sedes.df.gov.br

Fonte: SEDES, 2024

6.2 Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS

Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) é uma unidade pública de Assistência Social que atende as pessoas e famílias (crianças,

adolescentes, jovens, adultos, idosos, mulheres) que estão vivendo situações de violência ou violação de direitos. O CREAS tem entre as suas funções: recepcionar, acolher as pessoas, fortalecer vínculos familiares e comunitários, disponibilizar informações sobre Direitos e viabilizar acesso a outros serviços, benefícios e programas. O objetivo é auxiliar as pessoas a superar as violências sofridas ou a diminuir os danos causados por elas. O atendimento no CREAS pode se dar por meio de encaminhamento da rede socioassistencial e de outras políticas públicas, dos órgãos de defesa de direitos, bem como, a população pode procurar o serviço diretamente nas unidades.

Público alvo

Famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, com violação de direitos.

Centro de Referência Especializado de Assistência Social

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
CREAS Taguatinga	A.E. Nº. 09 -Setor "D" Sul – Taguatinga. Sul	Segunda a Sexta 8h às 18h	3773-7519; 3773-7520 E-mail: creastag@sedes.df.gov.br

Fonte:SEDES, 2024

6.3 Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop

Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) é uma unidade pública da Assistência Social para atendimento a pessoas em situação de rua. Neste local são oferecidos atendimentos individuais e coletivos, oficinas, atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social. É um espaço de referência para o convívio social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito.

Não é um abrigo. Funciona como ponto de apoio para quem vive ou sobrevive nas ruas. Nesse centro é possível acessar espaços para guarda de pertences, higiene pessoal, alimentação (café da manhã, almoço e lanche) e provisão de documentação, além de prestar informações, orientações sobre os direitos e viabilizar o acesso a outros serviços, benefícios socioassistenciais e programas.

Observação

A pessoa em situação de rua atendida nessa unidade pode usar o endereço do Centro Pop como referência quando precisar de um comprovante de residência.

Público Alvo

As pessoas atendidas nesses Centros são jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Crianças e adolescentes em situação de rua poderão ser atendidos no Centro Pop, somente acompanhados de familiares ou responsáveis.

6.4 Centro Pop Taguatinga

Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop) é uma unidade pública da Assistência Social para atendimento a pessoas em situação de rua. Neste local são oferecidos atendimentos individuais e coletivos, oficinas, atividades de convívio e socialização.

Não é um abrigo. Funciona como ponto de apoio para quem vive ou sobrevive nas ruas.

Capacidade de atendimento

100 pessoas por dia

Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop)

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
Centro Taguatinga Pop	NF 24 A/E nº 02 Mód. A – Taguatinga Norte	Diariamente de 7h às 18h	3773-7556; 3773-7557 E-mail: centropoptaguatinga@sedes.df.gov.br

Fonte:SEDES, 2024

CAPÍTULO V - SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS DE UTILIDADE PÚBLICA

7.1 Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)

É responsável pelo pagamento da aposentadoria, pensão por morte, auxílio-doença, auxílio-acidente, seguro desemprego e outros benefícios para aqueles que adquirirem o direito a estes benefícios segundo o previsto pela lei.

7.2 Agência da Previdência Social Brasília - Taguatinga

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
INSS - Taguatinga	CNB 02 Lote 01 Bairro: Taguatinga Norte (Taguatinga)	Segunda a sexta-feira 7:00 - 13:00	Segunda a sexta-feira 7:00 - 13:00

Fonte: meu.inss.gov.br

Agendamento on-line

<https://meu.inss.gov.br/index.html#/login?redirectUrl=/agenda/>

O telefone do INSS é o 135.

Esse número fica disponível de segunda a sábado, das 7h às 22h.

7.3 Agência do Trabalhador

As agências do Trabalhador do DF oferecem diariamente vagas do Sistema Nacional de Emprego e fazem o encaminhamento dos candidatos às empresas contratantes, além de oferecer entrada ao Seguro Desemprego, suporte à emissão da nova Carteira de Trabalho Digital, e acesso aos serviços de microcrédito do Programa Prospera e aos programas de qualificação da Secretaria de Trabalho.

Agência do trabalhador unidade de Taguatinga

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
Agência do trabalhador unidade de Taguatinga	C4 Lt. 03, Av. das Palmeiras Cep: 72010-040	Segunda a sexta-feira - 8:00–17:00	(61) 3773-9499; Central Alô Trabalho (158); E-mail: attag@setrab.df.gov.br

Fonte: SEDET-DF, 2024

7.4 Na Hora – Unidade Taguatinga

O Na Hora reúne em um único local, representações de órgãos públicos federais e distritais, de forma articulada, para a prestação de serviços públicos aos cidadãos. Sua finalidade é facilitar o acesso do cidadão aos serviços públicos, simplificar as

obrigações de natureza burocrática, assim como ampliar os canais de comunicação entre o Estado e o cidadão.

Na Hora – Unidade Taguatinga

Serviços ofertados:	Endereço	Horário de funcionamento	Contato
BRB	QS 03, Lote 11, Lojas 4 a 8 - Taguatinga, Brasília - DF, 71953-000	Segunda a sexta-feira - 07:30–18:30 Sábado - 7:30 - 12:30 Domingo - Fechado	(61) 2244-1158
BRB - Mobilidade			
Detran -DF			
Caesb			
Ouvidoria do Corpo de Bombeiro Militar - DF			
Defensoria Pública do DF			
Justiça Federal			
Superintendência Regional do Trabalho no Distrito Federal – MTE			
Superintendência Regional do Trabalho no Distrito Federal – MTE			
NeoEnergia			
Polícia Civil			
Receita Federal			
Seape-DF (antiga SESIPE)			
Sedes-DF			
Secretaria de Estado de Economia – SEEC			
Tribunal de Justiça do DF			

Fonte: NaHora-DF, 2024

Observação

Agendamento on-line: Agendamento On-line – Subsecretaria de Modernização do Atendimento Imediato ao Cidadão (nahora.df.gov.br)

CAPÍTULO VI - TRANSPORTE PÚBLICO

O transporte público é um serviço fundamental para permitir o acesso às necessidades básicas do cidadão moderno, que precisa deslocar-se de um ponto a outro. Para que a cidade funcione bem é preciso que o transporte seja eficiente.

Transporte e Mobilidade

Serviço	Endereço	Funcionamento	Contato
Estação de Metrô Taguatinga Sul	St. D Sul - Taguatinga, Brasília - DF	De segunda a sábado, das 5h30 às 23h30 Aos domingos e feriados, das 7h às 19h	(61) 3353-7373
Estação de Metrô Praça do Relógio	St. Central - Taguatinga, Brasília - DF, 72010-070	De segunda a sábado, das 5h30 às 23h30 Aos domingos e feriados, das 7h às 19h	(61) 3353-7373
Terminal de Ônibus de Taguatinga Sul	St. F Sul QSF 12 - Taguatinga, Brasília - DF, 72025-620	24h	99688-9195
Rodoviária de Taguatinga - DF	Av. Elmo Serejo, 2871 - Taguatinga - DF	24h	(61) 3356-4240

Fonte: <https://metro.df.gov.br/>; <https://www.semob.df.gov.br/>

Observação:

Os horários de funcionamento ou serviços podem mudar

CAPÍTULO VII - LAZER

Parques Urbanos e ecológicos

Os **parques urbanos** são áreas urbanas protegidas destinadas ao uso público para o lazer, prática de esportes, recreação em contato harmônico com a natureza, desenvolvimento de manifestações e atividades culturais, educacionais, de socialização e convívio das comunidades. Os **parques ecológicos** são Unidades de Conservação (UC) de uso sustentável que tem como objetivo conservar amostras dos ecossistemas naturais, propiciar a recuperação dos recursos hídricos e recuperar áreas degradadas, promovendo sua revegetação com espécies nativas. Além de incentivar atividades de pesquisa, monitoramento ambiental e educação ambiental, os parques ecológicos também estimulam atividades de lazer e recreação da população em contato harmônico com a natureza.

9.1 Parque Ecológico do Lago Cortado

O Parque Ecológico do Cortado está localizado na região administrativa de Taguatinga. Seu objetivo principal é proteger as nascentes do córrego Cortado, que deságua no ribeirão Taguatinga. Por ser um local com mata bem preservada, onde brotam nascentes, foi construída uma passarela suspensa que proporciona condições ideais para a contemplação e observação da natureza. O parque ainda possui quadra poliesportiva e ponto de encontro comunitário.

Endereço	S/N 12 CEP: 72135-903
Horário de funcionamento	Domingo a Domingo de 06:00 às 20:00

Fonte: ibram.df.gov.br

9.2 Parque Ecológico do Areal

Encontra-se em uma região alta, de onde se tem vista privilegiada de Águas Claras, Guará e até do Plano Piloto. O Parque protege as nascentes do Córrego Vereda da Cruz e conta com amplo espaço de lazer para a população com área de 49, 74 ha totais, quadras poliesportivas, campo de futebol, parquinho e ponto de encontro comunitário. O parque possui características urbanas, com várias quadras esportivas, campos de futebol, pracinhas, áreas de lazer e uma vista linda da cidade de Águas Claras.]

Endereço	SH Arnieiras QS 8 - Taguatinga, Brasília - DF, 71973-100
Horário de funcionamento	Aberto 24 horas

Fonte: ibram.df.gov.br

9.3 Parque Ecológico Saburo Onoyama

O espaço conta ainda com diversas quadras poliesportivas e uma piscina pública, ideal para a diversão nos dias quentes no DF. No local há também trilhas naturais, oito pontes de madeira, três parques infantis, oito churrasqueiras, quadra de areia, oito quadras de esportes, área para piquenique e sede administrativa. Há também muitas nascentes, frutas típicas, como buriti e coquinho do cerrado, e diversas outras árvores frutíferas exóticas.

Endereço	St. C Sul QSD Ae. QSC 26, 10 - Taguatinga, Brasília - DF, 72016-260
Horário de funcionamento	Segunda a sexta-feira às 06:00 - 18:00

Fonte: ibram.df.gov.br

Observação**As piscinas estão abertas de quinta a domingo, de 9h às 16h****9.4 Taguaparque - Parque de Uso Múltiplo Taguaparque**

Taguaparque, área verde localizada entre Taguatinga e Vicente Pires. O parque possui 89 hectares e conta com pista de atletismo, cooper e ciclovia, quadras esportivas, equipamentos de musculação, playground, ginásio coberto, churrasqueiras e Pontos de Encontro Comunitários (PECs).

Endereço	Colônia Agrícola Samambaia - Taguatinga, Brasília - DF, 72010-110
Horário de funcionamento	Aberto 24 horas

Fonte: ibram.df.gov.br

CAPÍTULO VIII - OUVIDORIA DO GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL

A Ouvidoria é um espaço para o cidadão ou cidadã se relacionar com o Governo do Distrito Federal, auxiliando na melhoria dos serviços públicos prestados.

Existem três formas de realizar um registro de ouvidoria:

- Participa DF : <https://www.participa.df.gov.br/> – a qualquer momento;
- Central 162: de segunda a sexta-feira das 7h às 21h. Sábado, domingo e feriado das 8h às 18h. Ligação gratuita para telefone fixo e celular
- Atendimento presencial: Cada órgão público do GDF conta com uma Ouvidoria Especializada.

Saiba onde encontrar:

Secretarias – [clique aqui](#)

Administrações Regionais – [clique aqui](#)

Hospitais – [clique aqui](#)

Demais instituições – [clique aqui](#)

CGDF – Anexo do Palácio do Buriti, 13º andar, Sala 1313. De segunda a sexta-feira, das 9h às 12h e das 14h às 17h.

ATENÇÃO: Acompanhe o andamento da sua demanda.

Acesse Participa DF (www.participa.df.gov.br), ou Ligue 162

Prazos:	Posição inicial – 10 dias (a contar da data do registro)
	Resposta final – 20 dias (a contar da data do registro)

Observação: Exclusivamente para denúncias poderá haver prorrogação de mais 20 dias (a contar da data do registro)

10. REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil. Presidência Republica. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Ações e Programas> Suas. disponível em:<<https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas#:~:text=A%20Assist%C3%A2ncia%20Social%20%C3%A9%20uma, presente%20em%20todo%20o%20Brasil.>>

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. 2022. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>>

Carmo, Michelly Eustáquia do e Guizardi, Francini Lube. Desafios da intersectorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 27, n. 04.

Distrito Federal. Secretaria de Desenvolvimento Social > Assistência Social. disponível em: <<https://www.sedes.df.gov.br/category/assistencia-social/>>

Distrito Federal. Secretaria de Estado de Educação. SEEDF> > Rede Pública. disponível em: <<https://www.educacao.df.gov.br/category/rede-publica/>>

Distrito Federal. Secretaria de Desenvolvimento Econômico Trabalho e Renda SEDET. Agências.

disponível em: <https://sedet.df.gov.br/agencias/>

Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Atendimento, 2024. disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/atendimento-2>

Polícia Civil do Distrito Federal. DEAM II- Delegacia Especial de Atendimento à Mulher II disponível em: <<https://saude.df.gov.br/infos-hospitais>>

Guia de Parques do Distrito Federal / Instituto do Meio Ambiente e dos Recursos Hídricos. – Brasília, DF: IBRAM, 2013. 43 p.: il.

Governo do Distrito Federal. Brasília Ambiental. 2024. Disponível em:<[O que é um Parque Ecológico?](https://brasilambi.df.gov.br/) – Brasília Ambiental (ibram.df.gov.br)

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A existência de grandes desafios que permeiam a trajetória de vida, o acolhimento e a recuperação das mulheres em situação de vulnerabilidade que buscam abrigo em casas de passagem ainda é um grande desafio para as políticas públicas. O rompimento de alguns ciclos relacionados à violência, institucionalizações, situação de rua e/ou retorno ao mesmo círculo de violações requer uma abordagem mais atenta, que considere a complexidade de suas trajetórias e níveis de vulnerabilidade.

A utilização de uma abordagem de forma integrada com outros serviços, equipamentos e outras políticas públicas é essencial para enfrentar os desafios complexos vivenciados por mulheres, oferecendo-lhes o suporte necessário para reconstruir suas vidas de forma segura e sustentável. Aprofundar as pesquisas sobre a vulnerabilidade e saúde de mulheres acolhidas em casas de passagem pode fornecer insights valiosos para aprimorar os serviços de suporte e auxiliar no desenvolvimento de novas ações e políticas públicas mais eficazes, bem como para a produção de conhecimento no campo da Saúde Coletiva, especialmente no cuidado destinado a mulheres com transtornos mentais em situação de acolhimento.

No Brasil, o tema da população de mulheres com transtornos mentais vivendo em serviços de acolhimento ainda é um grande desafio para as políticas públicas. A articulação entre as diferentes políticas públicas, das redes socioassistenciais, de saúde e outros serviços é imprescindível para delimitar os suportes de apoio e potencializar estratégias para garantir a assistência em saúde e garantia de direitos, visando atender às necessidades de segmentos populacionais mais vulneráveis.

A intersectorialidade do cuidado para mulheres com transtornos mentais que se encontram vivendo em instituições de acolhimento revela uma certa urgência frente a complexidade das demandas enfrentadas por essa população tão invisibilizada. A falta de infraestrutura e a insuficiência de recursos nas redes assistenciais comprometem a efetividade do cuidado prestado, resultando em lacunas significativas no atendimento das necessidades complexas dessas mulheres. Portanto, a intersectorialidade do cuidado é essencial para criar uma rede de suporte robusta, capaz de atender às diversas demandas dessas mulheres de maneira

eficaz. A implementação de políticas públicas que favoreçam a articulação entre os diferentes setores e a alocação de recursos adequados são passos cruciais para a construção de um sistema de proteção social que realmente responda às necessidades das mulheres com transtornos mentais em Casas de Passagem

A partir dessas reflexões e das observações durante a fase de construção deste estudo surgiu a ideia de se desenvolver e implementar um guia de serviços e equipamentos de utilidade pública voltado para mulheres acolhidas em casas de passagem e para os funcionários desses locais. Esse guia inclui informações sobre acesso a serviços de saúde, apoio psicossocial, recursos de assistência social, e outras formas de suporte disponíveis. Além disso, pode oferecer orientações sobre como lidar com situações de emergência, promover a autodefesa e a autoestima das mulheres acolhidas, e estabelecer protocolos para prevenir e responder a casos de violência e abuso.

A elaboração desse guia não apenas fornecerá recursos práticos e orientações essenciais para mulheres em situação de vulnerabilidade, mas também capacitará os funcionários das casas de passagem a oferecer um cuidado mais abrangente e eficaz. Ao promover a colaboração entre diferentes setores, como saúde, assistência social e segurança pública, esse guia pode contribuir significativamente para a melhoria do acolhimento e do tratamento das mulheres com transtornos mentais em situação de vulnerabilidade.

Em síntese, a criação do guia de serviços e equipamentos de utilidade pública é uma medida fundamental para fortalecer as redes de apoio e proteção às mulheres acolhidas em casas de passagem, garantindo assim o acesso equitativo a cuidados de qualidade e a promoção do bem-estar dessas mulheres e de suas comunidades.

8.1 Recomendações

Sugere-se a realização de estudos mais abrangentes sobre a prevalência dos transtornos mentais em mulheres acolhidas em casas de passagem incluindo outras casas de passagem;

Realização de estudos sobre a articulação e intersetorialidade das redes de atenção de apoio que podem abarcar mulheres acolhidas em casas de passagem do DF.

Ao realizar novos estudos sobre esses aspectos, é possível desenvolver uma compreensão mais abrangente das necessidades e desafios enfrentados pelas pessoas acolhidas em casas de passagem, além de ajudar a identificar maneiras eficazes de apoiá-las, protegê-las e promover sua recuperação e reintegração na sociedade.

9. REFERÊNCIAS

ABREU, TPCD., Vilardo, MAT., & Ferreira, AP. Acesso das pessoas com deficiência mental aos direitos e garantias previstos na Lei Brasileira de Inclusão por meio do Sistema Único de Assistência Social. *Saúde em Debate*, 43, 190-206, [online]. 2020.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (AAP). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, [online]. 2014.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011.

BARROS, A. J. S. e LEHFELD, N. A. S. Fundamentos de metodologia: Um Guia para a Iniciação Científica. 2 Ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

BORBA L, *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: 1988 – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de n. 1, de 1992, a 125, de 2022, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. Brasília [online]. 1988.

BRASIL. Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. [online]. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos no âmbito do SUS. Brasília [online] 2000.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, [online]. 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS n. 130, de 15 de

julho de 2005. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social – NOB SUAS. Brasília. [online]. 2005.

BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*. [online] 2009a.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, Casa Civil, 2009b

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS n. 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, MDS. [online]. 2009c.

BRASIL. Presidência da República (PR). Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS): Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização do Sistema Único da Assistência Social. Brasília. [online]. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil* Brasília, DF, 23 dez. 2011b

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução CNAS n. 33 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. [online]. 2012a

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. [online]. 2012b.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 - Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos Brasília DF, [online]. 2012c.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) em Brasília [online]. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília: MS, 2016.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). Relatório “População em situação de rua: diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registro administrativo e sistemas do Governo Federal”. Brasília: MDH, 2023.

BRASIL. Ministério Público do Distrito Federal e Territórios - MPDFT. Notícias. MPDFT obtém implementação de primeira residência terapêutica do DF. [online] 2024.

BRASÍLIA. Fundação Oswaldo Cruz; Ministério do Desenvolvimento Social e Proteção social no SUAS a indivíduos e famílias em situação de violência e outras violações de direitos: fortalecimento da rede socioassistencial Brasília. [online] 2018.

BRITO, M. M. M. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 26, n. 2, p. 320–327, jun. 2006.

CERQUEIRA D e Bueno S (coord.). Atlas da violência 2023. Brasília: Ipea; FBSP, 2023.

COLDIBELI LP, de Paiva FS, Batista CB. Gênero, pobreza e saúde: Revisão sistemática sobre a saúde de mulheres em situação de rua. *Textos & Contextos* (Porto Alegre). 2021;20(1):e38015.

COSTA AMM. O Reconhecimento da Pessoa com Transtorno Mental Severo como Pessoa com deficiência: Uma Questão de Justiça [internet]. [local desconhecido]: Inclusive - Inclusão e Cidadania; 2011.

DINIZ, D. O que é deficiência. São Paulo: Editora Brasiliense. [online]. 2007.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar em revista*, 213-225. 2004.

ESCOREL, S. *Vidas ao léu*: trajetórias de exclusão social [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, 275 p.

FARO, A *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. *Estud. psicol.* (Campinas) [online]. Campinas, v. 37, e 200074, 2020.

FEMINELLA AP, Lopes LF. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência - Comentada. Capítulo 1 – Disposições gerais / Da igualdade e da não discriminação e cadastro-inclusão. (p.9). In: Setubal JM, Fayan RAC, organizadores. Campinas: Fundação FEAC; [online]. 2016.

GOMES D F & Elias F T S. Políticas públicas de assistência social para população em situação de rua: análise documental. *Comunicação em Ciências da Saúde*. [online]. 2017

GONZALEZ, F. A Tipificação da Deficiência Mental na Legislação Brasileira. *Revista DI*, 2021.

GUNNELL, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ... & Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471. [online]. 2020.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Nota técnica 01/2018**: Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico

2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. **Inst Bras Geogr e Estatística** [online]. 2018.

KOZLOFF N, Mulsant BH, Stergiopoulos V, Voineskos AN. The COVID-19 Global Pandemic: Implications for People With Schizophrenia and Related Disorders. *Schizophr Bull.* 2020;46(4):752-757. [online]. 2020.

LEUCHT, S., Burkard, T., Henderson, J., Maj, M. and Sartorius, N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116: 317-333. [online]. 2007.

LI S, Zhang Y. Mental healthcare for psychiatric inpatients during the COVID-19 epidemic. *Gen Psychiatr.* 2020;33(2):e100216. [online] 2020.

LOUBIÈRE, S. *et al.* Determinants of healthcare use by homeless people with schizophrenia or bipolar disorder: results from the French Housing First Study. **Public Health**, v. 185, p. 224–231 ago. [online]. 2020.

LOVISI GM. Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz; 2000.

Machado, DM. A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental. Brasília, 2006.

MACHADO, C. J. Pereira, C. C. D. A., Viana, B. D. M. Oliveira, G. L., Melo, D. C. Carvalho, J. F. M. G. D., ... & Moraes, E. N. D. Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [online]. 25, 3437-3444. 2020.

MADRUGA, S. (2021). Pessoas com deficiência e direitos humanos. Saraiva Educação SA.

MATA, I., Goes, A. R., de Fátima Bizarra, M. Importância da Higiene Oral Durante a Pandemia: O Caso das Pessoas Institucionalizadas. *Saúde Oral by Abilways*. Portugal [online]. 2020.

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. l. [online] 2021.

MINAYO, M. C. S.; Assis, S.; Souza, E. R. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, [online]. 2005.

MINAYO MCS, & Costa AP. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. Revista Lusófona de Educação [online], (40), 11-25. 2018

OLIVEIRA GCM. de, Martins AC, Pazini DS, Paula EED, Nunes LC, Freitas ED de. Tipificação e fatores associados à ocorrência de violência em pessoas em situação de rua em um município de Minas Gerais, Brasil. Ciênc saúde coletiva. 2023 Jun;28(6):1607–17.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p. [online]. 2011.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. A carga dos transtornos mentais na região das Américas. Washington DC: Organização; [online]. 2018.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Considerações sobre pessoas com deficiência durante o surto de COVID-19. [online]. 2020.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Transtornos mentais. [online]. 2022.

PEREIRA, E L *et al*. Invisibilidade sistemática: pessoas com deficiência e Covid-19 no Brasil. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2021, v. 25, suppl 1.

PINTO DS. O fim de dois manicômios é a reintegração dos portadores de transtornos mentais à sociedade do Distrito Federal, Brasil. Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário, Brasília, v. 6, não. 1 pág. 95-110, jan./mar. [online], 2017.

PROAÑO, M G., Alzate, E S C., Bustos, C., Fernández, P G., & Bórquez, S. Evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en el Distrito Metropolitano de Quito (Ecuador). *Ciencias de la salud*, 19(1), 5. [online]. 2021.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474. [online]. 2020.

RAIOL, J. J. M. Orlando, R. M., & Thomazini, E. COVID-19 e a invisibilização da pessoa com deficiência: as formas de divulgação de informação em site oficial. *Comunicações*, 28(2), 267-280; 2021.

SANTOS, W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 10, [online]. 2016.

SARTI, Thiago Dias *et al.* What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, [online]. 2020.

SENICATO C, Azevedo RCS de, Barros MB de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. *Ciênc saúde coletiva*. 2018; Aug; 23 (8): 2543–54.

SEPÚLVEDA-TORRES, M., Carvajal, C., & Cavieres F, Á. Estudio transversal de prevalencia y características del dolor crónico en pacientes con esquizofrenia [Prevalence and features of chronic pain among patients with schizophrenia]. *Revista medica de Chile*, 149(7), 1023–1030. [online]. 2021.

SILVA, Dayse Andrade Bispo. Cotidiano da Residência Terapêutica. Dissertação de Mestrado Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. [online]. 133 págs., São Paulo, 2012.

SILVA A da *et al.* DIREITOS HUMANOS DOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA MENTAL. *Revista Jurídica Uniandrade*, [online]. v. 26, n. 1, p. 1458-1467, 2017.

SIMÕES, Â. Da vulnerabilidade à invisibilidade: os idosos institucionalizados durante a pandemia covid 19. HIGEIA-Revista Científica da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, 45-56. [online]. 2021.

SOUZA FMD, Carvalho MCDA, Valência E, Silva TFCD, Dahl CM, & Cavalcanti MT. Acompanhamento de pacientes do espectro esquizofrênico no território: adaptação da intervenção para períodos de transição (" Critical Time Intervention") para o contexto brasileiro em centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Cadernos Saúde Coletiva*, 20, 427-435. [online] 2012.

VAITSMAN J, Andrade GRB, Farias LO. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. *Ciênc saúde coletiva*. [online]. 2009;

WORLD HEALTH ORGANIZATION and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2019). Mental health: Strengthening our response. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

WHO -World Health Organization. Disability and health. [online]. 2021

WHO. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; [online]. 2022a.

WHO -World Health Organization. Mental disorders. [online]. 2022b.

YAO H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. Apr;7(4):e21. [online]. 2020.

11. APÊNDICE

Apêndice 1

Variáveis	Descrição				
	Sim	Não			
Acolhidas no momento da pesquisa	19	12			
	Idade	Média de idades			
Faixa etária	18 – 71 anos	45 anos			
	Pretas/Pardas	Branças	Não informado		
Raça/Cor	24	2	5		
	Nenhum	Até o Ensino fundamental	Até o Ensino Médio	Graduação/Pós Graduação	Não informado
Escolaridade	2	12	11	4	2
	Sim	Não	Não informado		
Deficiência/Transtorno mental	24	5	2		
Diagnóstico de esquizofrenia	5	25	1		
Em situação de violência doméstica	14	15	2		
Em situação de rua	18	10	3		
Múltiplas passagens em instituições de acolhimento	18	5	8		
Comorbidades	13	12	6		
Diagnóstico de Covid-19	2	2	27		
Nº de prontuários analisados					Total 31

12. ANEXOS

Anexo 1

Coleta de dados em prontuários / arquivos

Pesquisa Pessoas com deficiência vivendo em acolhimentos institucionais

Pesquisadora:

Campo:

Data da coleta:

Nome (apenas para fins de registro)	
Possui documentos (RG, CPF, Certidão de nascimento). Qual?	
Data de entrada do acolhido	
Motivo	
Sexo	
Idade quando entrou (anos completos)	
Raça/cor	
Escolaridade	
Tipo de deficiência	
Uso de tecnologia assistiva	
Medicamento (quais)	
Tratamento de saúde (quais)	
Profissionais que mais tem contato	

Acolhido no momento	
Recebe BPC	
Recebe Bolsa Família/Auxílio Brasil	
Recebe outros auxílios sociais (Aluguel social, vale gás, etc.)	
Contato com a família/amigos (quais)	
Se não está acolhido ainda, motivo	
Se transferido, para onde	
Itinerário em serviços e instituições	
COVID-19	
Caso positivo, data que positivou	
Data que saiu da instituição	
História pregressa (saúde e social)	
Informações importantes sobre o acolhido	
Observações gerais	

Anexo 2

Roteiro de entrevista em profundidade

Pessoas com deficiência

O roteiro de entrevista semiestruturado é um guia utilizado pelo entrevistador para buscar informações relevantes sobre os entrevistados, de acordo com os objetivos de pesquisa. O roteiro foi organizado de modo a contemplar grandes blocos com as principais questões da pesquisa. O pesquisador estará livre para formular as perguntas das melhores formas, desde que obtenha as informações indicadas nos itens.

O roteiro pode ser feito de forma gravada ou com conversas informais. Não é necessário fazê-lo em apenas um momento: você pode construir as possibilidades de interação com os acolhidos ao longo da estada em campo.

Bloco 1: Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Data da realização da entrevista:

Local da entrevista:

Instituição:

O entrevistado possui documentos de identificação? Quais?

O entrevistado é beneficiário do BPC?

Necessita de algum tipo de cuidado de outra pessoa? Para que? Sempre precisou?

Bloco 2: Tempo e relação com a instituição

Desde quando mora na instituição? (explorar como chegou e até onde lembra a história)

Você conhece as outras pessoas que moram aqui? (explorar as relações de amizade e companheirismo com os demais acolhidos; pensar quais são as formas de relacionamento e níveis de engajamento)

Como é seu relacionamento com os funcionários da instituição? (explorar como a pessoa considera os profissionais, se existe relação de afeto, etc.)

O que você faz na instituição?

Conte-nos um pouco sobre sua rotina na instituição e/ou descreva um dia comum.

Você faz alguma coisa fora daqui?

Bloco 3: Relação com o “mundo externo”

Você conhece pessoas de fora da instituição? (explorar se são amigos - e desde quando -, familiares, etc.)

Você os encontra em algum momento?

Eles visitam você?

Você frequenta algum tipo de serviço em outro local? Quais? Como vai? Com quem vai? detalhar.

Bloco 4: COVID-19

Em um primeiro momento, explorar a compreensão da pessoa com deficiência sobre a pandemia.

Como vocês passaram a pandemia na instituição? (Explorar as mudanças na rotina, permanências, medos, dificuldades)

Você pegou COVID-19? Quando? Como foi?

Conheceu alguém que pegou? (explorar as narrativas sobre a COVID-19)

O que mais mudou na sua vida com a COVID-19? (explorar principalmente relação do sujeito com o mundo externo)

Bloco 5: Lembranças, memórias e planos (priorizar para pessoas com deficiência que serão selecionadas para a reconstrução da história de vida) – Realizar apenas em pessoas com mais vínculo e ao final de outros encontros.

Conte-nos um pouco sobre como foi sua infância.

Como era o seu dia a dia fora da instituição?

Explorar possíveis questões que levaram à institucionalização, relação com a família e com amigos, busca por políticas públicas, etc.

Planos para o futuro.

Anexo 3

Guia de conversa em profundidade Pode ser utilizado como roteiro de entrevista Familiares / amigos

O Guia e/ou roteiro deve ser utilizado pelo entrevistador para buscar informações relevantes sobre os entrevistados, de acordo com os objetivos de pesquisa. O guia foi organizado de modo a contemplar grandes blocos com as principais questões da pesquisa. O pesquisador estará livre para formular as perguntas das melhores formas, desde que obtenha as informações indicadas nos itens.

Você não precisa necessariamente gravar a conversa. Você pode, ao longo das estadas em campo e de contato com os familiares / amigos, ir obtendo as informações relevantes para a pesquisa.

Por um lado, precisamos conhecer um pouco do perfil dessa pessoa, sua trajetória e sua relação com os acolhidos.

Por outro, os familiares / amigos podem nos contar sobre os acolhidos (histórias gerais e mais profundas, ou ainda curiosidades) ou questões que não estão nos prontuários.

Além disso, eles podem nos trazer dados sobre itinerário, acesso, direitos, etc.

Reiterando: esse roteiro pode ser feito de forma processual ao longo da estada no serviço.

Bloco 1: Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Data da realização da entrevista ou das informações

Amigo/familiar de qual acolhido:

Instituição do acolhido:

Qual o tipo de relação (amigo, primo, pai, etc.):

Bloco 2: História do acolhido

Conte-me um pouco sobre o [nome do acolhido] – explorar nascimento, deficiência, trajetória em serviços e instituições

Quais são os gostos do [nome do acolhido]?

Quanto tempo ele está na instituição?

Como era a vida dele antes de chegar aqui?

Ele se relaciona com pessoas externas além de você? Com quem?

Ele transitou entre diferentes serviços / instituições antes de chegar aqui?

Quais são as principais dificuldades dele?

E quais são as principais dificuldades para você conviver com ele?

SE A PESSOA É FAMILIAR

Conte-me um pouco sobre a história da sua família [explorar local de origem, moradia, trabalho, escolaridade, filhos, etc.]

Além de você, ele tem contato com outros membros da família? Se sim, com quais?

Qual é a ligação? Quais são os motivos do contato?

[podem ser construídos diagramas de parentesco para entender as ligações familiares]

Mais alguém da família está ou foi acolhido? Quem?

Como o restante da família vê o [nome do acolhido]?

SE É AMIGO/CONHECIDO

Como você conheceu o [nome do acolhido]?

Você visita ele com qual frequência? Ele vai na sua casa?

O que vocês costumam fazer juntos?

Quais são as particularidades do [nome do acolhido]? (explorar possíveis diferenças observadas pelo interlocutor na relação dele com o acolhido e com outros amigos/conhecidos)

Você conhece outros amigos do [nome do acolhido]? Quem? Como se conheceram?

Alguém da sua família vive em serviço de acolhimento institucional? Quem? Desde quando? Conte-me um pouco sobre essa pessoa.

Você conhece outras pessoas que vivem em abrigos? Quem? Como conheceu? [explorar mais dados da pessoa, inclusive se é uma pessoa com deficiência também]

Bloco 3: COVID

Como foi a pandemia na instituição? (Explorar as mudanças na rotina, permanências, medos, dificuldades)

O [nome do acolhido] pegou COVID-19? Quando? Como foi?

Conheceu outra pessoa acolhida que pegou? (explorar as narrativas sobre a COVID-19)

O que mais mudou na vida da pessoa e da instituição com a COVID-19? (explorar principalmente relação do sujeito com o mundo externo)

Quais foram as mudanças na instituição na COVID-19?

Você mudou sua rotina de visita ao [nome do acolhido] na pandemia? Como foi?

Anexo 4

Guia de conversa em profundidade Pode ser utilizado como roteiro de entrevista Profissionais

O Guia e/ou roteiro deve ser utilizado pelo entrevistador para buscar informações relevantes sobre os entrevistados, de acordo com os objetivos de pesquisa. O guia foi organizado de modo a contemplar grandes blocos com as principais questões da pesquisa. O pesquisador estará livre para formular as perguntas das melhores formas, desde que obtenha as informações indicadas nos itens.

Você não precisa necessariamente gravar a conversa. Você pode, ao longo das estadas em campo, ir obtendo as informações relevantes para a pesquisa.

Por um lado, precisamos conhecer um pouco do perfil do profissional, sua trajetória, sua relação com os acolhidos e possíveis casos de COVID.

Por outro, os profissionais podem nos contar sobre os acolhidos (histórias gerais e mais profundas, ou ainda curiosidades) ou questões que não estão nos prontuários.

Reiterando: esse roteiro pode ser feito de forma processual ao longo da estada no serviço.

Bloco 1: Identificação

Nome:

Idade:

Sexo:

Data da realização da entrevista ou das informações

Instituição:

Categoria profissional

Bloco 2: Tempo e relação com a instituição

Desde quando trabalha na instituição?

Quais foram os motivos que o levaram a trabalhar aqui? (explorar outros empregos, casos de deficiência na família, etc.)

O que você faz na instituição?

Conte-nos um pouco sobre sua rotina na instituição

Bloco 2: Relação com os acolhidos

Você conhece bem os acolhidos? (explorar os níveis de conhecimento)

Quais as similaridades nas histórias dos acolhidos?

Existe alguma história dos acolhidos que você destacaria? Qual?

Quais são as questões que mais afetam os acolhidos? Detalhar

Você pode explorar questões específicas de acolhidos particulares. Por exemplo, sabe de uma história de um acolhido, pode perguntar para o profissional sobre ela. Ou ainda: faltam informações nos prontuários, você pode buscar esses dados com os profissionais.

Bloco 3: COVID-19

Como vocês passaram a pandemia na instituição? (Explorar as mudanças na rotina, permanências, medos, dificuldades)

Você pegou COVID-19? Quando? Como foi?

Conheceu alguém que pegou? (explorar as narrativas sobre a COVID-19)

O que mais mudou na sua vida com a COVID-19? (explorar principalmente relação do sujeito com o mundo externo)

Quais foram as mudanças na instituição na COVID-19?

Quais foram as mudanças no trabalho?

Você sentiu diferença nos seus atendimentos?

Anexo 5

Roteiro de Observação participante

Acolhimento Institucional

Importante estar atento a todas as nuances, ações e formas de fazer de funcionários e residentes, rotinas, protocolos, objetos de trabalhos e afetivos, avisos, cartazes dentre outros componentes da organização da instituição a ser etnografada.

Nunca esgote o assunto em uma primeira conversa. A pesquisa deve ser feita de forma a ser aprofundada gradualmente. Primeiro observe, se aproprie da forma como as pessoas se relacionam, como constroem a linguagem e os termos. Depois pergunte, interaja, faça comentários.

Antes de ir ao campo.

1 - Planeje antecipadamente como você pretende tomar notas e apurar os contextos sociais durante a atividade de observação (cadernos, recursos audiovisuais – se possível e/ou julgar necessário). Verifique a carga dos equipamentos, celulares, gravadores de áudio, bem como cadernos, canetas, lápis etc.

2 - Em diálogo com a equipe de pesquisa, faça contato antecipado com a instituição, confirme a presença de residentes com deficiência, endereço, pessoa de contato que irá te receber e agende dia e horário para a primeira visita in loco. Importante documentar a receptividade, questões tratadas no contato de agendamento, possíveis restrições, impedimentos e facilidades, em especial às que se relacionam a Pandemia da COVID-19, questões institucionais ou questões exclusivas às pessoas com deficiência.

3 – Verifique endereço, tempo de deslocamento, trajeto e que por quais meios pretende se deslocar. Importante descrever condições do trajeto, mudanças geográficas e de contextos sociais percebidos no trajeto, exemplo: o estabelecimento está em uma área remota da cidade, quais as condições de infraestrutura do bairro, se é localizado em zona rural etc.

4 – Busque o maior número de informações possível sobre o serviço e sobre a instituição. Essas informações podem ser de jornal, sites, redes sociais, etc., e devem ser registradas.

5 – Pesquise sobre o local (bairro/cidade) no qual a instituição está localizada. Veja qual é o perfil da vizinhança e o que costuma ter ao redor do serviço.

No Campo

4 - Ao chegar na instituição apresente-se como membro da pesquisa: ***Pessoas com deficiência vivendo em acolhimentos institucionais, da Universidade de Brasília.*** É importante buscar roupas neutras para estabelecer um diálogo mais próximo com a instituição. Busque a pessoa/funcionário indicado no contato prévio e explique o seu propósito de pesquisa para “ele” e outros, se necessário.

5 – Busque sempre estabelecer diálogos e conversas amigáveis e compreensíveis. Não julgue as falas dos interlocutores. O papel de um processo etnográfico é compreender as ações.

6 – Conheça o serviço em sua estrutura física. Faça um desenho dos cômodos e do que funciona em cada espaço.

7 – Importante tomar nota de questões relacionadas a acessibilidade, limpeza/higiene, manutenção, objetos, avisos e informes disponíveis nas paredes, quadros de aviso. Se possível e com prévia autorização, registre por meio de fotos, gravação de áudio, vídeos.

8 – No reconhecimento é importante ainda estar atento em que locais estão os residentes no horário da visita, se estão realizando atividades, recebendo visitas. Importante ainda a percepção se sua a presença “aparenta” gerar mudanças de comportamento, incômodos ou outras reações. Importante estar atento a outras situações atípicas. Refaça perguntas feitas na conversa inicial que julgue pertinente e que se relacione com as atividades realizadas nos cômodos, lugares que estão sendo apresentados. Caso identifique algum espaço/cômodo que parece ser “evitado”, construa a oportunidade e gentilmente peça para visitá-lo.

8 - Conheça a vizinhança do serviço. Registre o tempo de deslocamento dos pontos de ônibus, metrô, distância até escolas, unidades de saúde, CRAS, e outros serviços públicos, padarias, mercado, etc. Registre também qual é o “tipo” de casas da vizinhança.

9 – Conheça os profissionais que atuam no serviço. Registre quantos são, categorias profissionais, tempo de atuação na instituição, carga horária. Ao longo do tempo de permanência em campo, conheça as histórias dessas pessoas (motivos que a levaram trabalhar em serviço como esse, família, etc.).

10 – Escute e registre a história da instituição. Como nasceu, quem e quando fundou. Faça perguntas sobre os precursores e toda a trajetória da instituição até hoje.

11 – Preste atenção na forma como os profissionais se referem aos acolhidos e também entre si. Registre essas informações. Na medida do possível, use os termos utilizados por eles para a interação.

12 – Compreenda como é a rotina dos profissionais na instituição. Registre o que eles costumam fazer durante o tempo que você permaneceu no local – os registros devem ser de atividades com os acolhidos, administrativas, de visitas externas e de descanso.

13 – Busque informações sobre a sustentabilidade e gestão da instituição. Se recebe recursos oriundos de órgãos e programas governamentais, como secretarias de governo (federal, estadual e municipal), recebe recursos de outras fontes, dos próprios usuários, parcerias com empresas, sistemas de captação de recursos, como doações de pessoas físicas ou outras formas de captação de recursos.

14 – Observe e anote como os arquivos estão organizados, se em papel, digital, etc. Sempre que algo chamar atenção no arquivo, busque mais informações com os profissionais.

15 – Procure participar de atividades do cotidiano da instituição. Se ofereça para auxiliar nas tarefas dos profissionais. A interação a partir do cotidiano é essencial para uma boa pesquisa de campo. Aprendemos sobre a rotina dos sujeitos participando dela. Anote tudo no diário de campo – o que você fez, para que, quanto tempo levou, quais foram os resultados, como o profissional solicitou auxílio, etc.

16 – Caso exista, peça para participar das visitas e/ou atividades externas com os profissionais. Na ocasião, preste atenção nas falas e reações dos profissionais e dos acolhidos/usuários. Registre tudo no diário de campo.

17 – Peça autorização para participar da rotina dos acolhidos. Esteja em espaços de sociabilidade, como salas de TV, espaço de jogos, etc. Interaja e participe das atividades. Converse com os sujeitos sobre questões cotidianas e também tire dúvidas sobre as rotinas da instituição.

18 – A partir das análises documentais, das conversas com os profissionais e da interação com os acolhidos, selecione algumas pessoas para estar mais próximo e acompanhar melhor sua rotina. Com ela, estabelece contatos e busque saber com mais profundidade sua vida e histórias.

19 – Selecione acolhidos e profissionais para realizar entrevistas. Relate no diário de campo os motivos que levaram você a pensar nesses sujeitos.

Pós campo

20 – No caminho de volta refaça mentalmente momentos que julgue importantes observados durante a visita, tome nota, reflita sobre o que acabou de observar.

21 – O mais brevemente possível em ambiente que julgue seguro/adequado, organize as anotações, arquivos, crie pastas específicas para os dados coletados, descarregue os arquivos digitais, se possível faça backup. É importante estabelecer um padrão de organização dos dados. Também se faz importante fazer esquemas, correlacionar as experiências vividas no campo. Árvores genealógicas e figuras são ferramentas importantes para organizar o vivido e o observado.

22 – Após a organização dos registros reflita sobre o que registrou e identifique que questões devem ser aprofundadas na segunda visita, que contextos necessitam de aprofundamento, que atores devem estar envolvidos nesse aprofundamento. Isso vai guiar os outros dias da pesquisa de campo.

23 – Em diálogo com a equipe de pesquisa repasse suas observações, organize a abordagem da segunda visita e proceda com a segunda visita ao campo conforme combinado.

24 – Se possível, mantenha contato com a equipe de profissionais do serviço durante a semana que você não estará em campo. O contato constante é essencial para manter o vínculo.

25 - No retorno do campo, escreva o diário de campo (um por visita) com todas as informações obtidas pela relação estabelecida na instituição.

Anexo 6



Universidade de Brasília (UnB)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar, na condição de profissional de serviço de acolhimento institucional, da pesquisa **Pessoas com deficiência vivendo em acolhimentos institucionais: consequências da COVID-19, autonomia e organização da rede de cuidado**, de responsabilidade de Éverton Luís Pereira, professor da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é compreender o perfil e as trajetórias das pessoas com deficiência que vivem em instituições de acolhimento, bem como os itinerários percorridos e as consequências da COVID entre essa população. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre o interesse e disponibilidade em cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será por meio de entrevista em profundidade, com roteiro de tópicos previamente definidos. Os pesquisadores responsáveis tomarão providências em acordo com as medidas de biossegurança e regulamentação vigente, para realização da pesquisa minimizando ao máximo os riscos de transmissão e contágio pelo coronavírus (COVID-19). Cada uma das entrevistas terá duração de aproximadamente 30 minutos. É para este procedimento que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa implica no risco de o senhor(a) se sentir constrangido a falar sobre o tema da pesquisa. Nestes casos, nos comprometemos a parar com a entrevista e, caso necessário, encaminhá-lo (a) para um serviço de referência.

Ao participar desta pesquisa você autoriza aos pesquisadores o acesso ao seu prontuário, estando garantido que as medidas de proteção de dados individuais, resultados de exames e testes, bem como do prontuário, somente serão acessíveis aos pesquisadores diretamente envolvidos na pesquisa e que não será permitido o acesso a terceiros.

Espera-se que a pesquisa contribua para conhecer as demandas das pessoas com deficiência que vivem em instituições de acolhimento, e que permita garantir direitos a todas as pessoas com deficiência. Também busca auxiliar na elaboração e execução de ações para esse grupo no sentido geral e perante as consequências da pandemia do coronavírus.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Em caso de se sentir lesado por qualquer motivo, estimulamos que procure por seus direitos de acordo com a legislação vigente.

O ressarcimento com todas as despesas tidas pelos participantes e seus acompanhantes (quando necessário) relacionadas à pesquisa, como transporte e alimentação, serão cobertas pelo pesquisador responsável. (Res. MS/CNS 466/2012).

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61-3107-1952, celular: 61-98334-3944 ou pelo e-mail observatoriodeficienciaunb@gmail.com. Caso seja necessário contato com o pesquisador, informamos que os contatos via telefone celular poderão ser feitos a cobrar pelos eventuais participantes da pesquisa aqui apresentada.

Garanto que os resultados do estudo serão devolvidos por meio do compartilhamento de relatórios com as instituições participantes da pesquisa e por e-mail para os interessados. Além disso, o benefício indireto pode ser na possibilidade de auxiliar na melhoria de políticas públicas, podendo ainda ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome e assinatura do Participante de Pesquisa

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

_____, ____ de _____ de _____