



**Universidade de Brasília – UnB**  
**Instituto de Ciências Humanas – IH**  
**Departamento de Serviço Social – SER**  
**Curso de Graduação de Serviço Social**

**A REINCIDÊNCIA DE INTERNAÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE  
RUA, NA ALA DE TRATAMENTO PSIQUIATRICO (ATP) NO  
PRESÍDIO FEMININO EM BRASÍLIA.**

**JÚLIO CÉSAR LISBOA DE LIMA PEREIRA**

**Brasília – DF**

**2013.**

**Júlio César Lisboa de Lima Pereira**

**A reincidência de internação de pessoas em situação de rua, na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) no presídio feminino em Brasília.**

Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social (SER) na Universidade de Brasília (UnB), para obtenção do título de bacharel em Serviço Social, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lucia Lopes Silva.

**Brasília – DF**

**2013.**

**Júlio César Lisboa de Lima Pereira**

**A reincidência de internação de pessoas em situação de rua, na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) no presídio feminino em Brasília.**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.**

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lucia Lopes da Silva  
Orientadora  
(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília)

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Ivanete Salete Boschetti  
Examinador Interno  
(Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília)

---

Assistente Social Fabrícia da Hora Pereira  
Examinador Externo  
(Consultório na Rua – GDF)

*O capital não tem (...) a menor consideração com a saúde e com a vida do trabalhador, a não ser quando a sociedade o compele a respeitá-las. (Karl Marx, O capital).*

## **Agradecimentos**

Humildemente, agradeço a todos!

Em especial, agradeço à minha família, por ser a base fundamental para minha trajetória acadêmica e pessoal.

Aos meus pais, o Sr. José Maria Pereira de Oliveira e a Sra. Joana Lisboa de Lima Oliveira por todos os aprendizados, por toda a assistência, por toda parceria, por sempre estarem ao meu lado, pelo amor e pela segurança que me transmitem cotidianamente. Muito obrigado por existirem e fazerem parte da minha vida.

A uma grande inspiradora e apoiadora, minha tia Maria das Graças Lisboa de Lima por todo o suporte, todo o incentivo, os apoios moral e material em todas as etapas do meu processo de formação.

Ao meu tio Erasmo Lucena, por todo o suporte, todo o apoio, fortalecimento e amizade.

Ao meu irmão, Jorge Luis Lisboa de Lima Pereira por suportar todos os meus abusos e falta de paciência, lhe agradeço pela compreensão, pela amizade, pela confiança e a parceria.

Aos amigos e professores acadêmicos da Universidade de Brasília (UnB) e as amigas e amigos da Universidade Católica de Brasília (UCB).

Ao caro amigo Matheus Peres Magalhães, por toda amizade, pela parceria e por representar para mim um verdadeiro irmão (mais novo).

A todos os amigos e amigas, sem maiores distinções ou conotações específicas para não esquecer ninguém e fazer jus à representação do valor da amizade para mim. Sou muito grato a todos!

Às minhas companheiras de estágio supervisionado na ATP: a Mariana Mota e a Priscila Nepomuceno, muito obrigado pelas contribuições, vivências, reflexões, risadas e convivência harmoniosa.

À Assistente Social Ivanda Martins, supervisora de campo e uma grande figura do Serviço Social, profissional querida pela qual tenho muito respeito e zelo.

Aos professores acadêmicos de supervisão de estágio da UnB: a professora Carolina Cássia e a professor Marcos Francisco por todo acompanhamento, atenção e compreensão.

Às pessoas em situação de rua que acompanhei durante os períodos 1 e 2 de estágio supervisionado em serviço social na ATP, muito grato pelo consentimento e autorizações para a pesquisa. Espero um dia poder discutir junto com vocês as principais repercussões e resultados obtidos.

Aos profissionais da ATP, por toda a recepção, acompanhamento e atenção.

Aos meus anos de vida ligados ao skate, foi peça chave para manter a calma e dar prosseguimento à minha construção de vida, junto ao skate agradeço as pessoas com as quais guardo mutuamente a amizade, o companheirismo e o respeito.

Ao meu caro amigo Venicius Silva Costa, um verdadeiro irmão, responsável por me incentivar a dar as primeiras “remadas” no skate.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Ivanete Boshcetti e à Assistente Social Fabrícia Pereira por aceitarem meu convite para participarem da Banca Examinadora e presenciarem comigo mais um marco em minha trajetória de vida pessoal e intelectual.

Especialmente agradeço à minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria Lucia Lopes Silva, a quem propositadamente reservei as últimas considerações, ela representou um verdadeiro anjo em minha vida, primeiro renovando o meu amor ao curso do Serviço Social, depois por toda a sua sinceridade, respeito pessoal e profissional, e ainda um lindo exemplo de ser humano. Sua dedicação a todos em sua volta despertou em mim admiração sem igual.

Hoje, tenho renovadas as esperanças de lutar por um futuro mais justo, igualitário.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para concretização deste Trabalho, por favor, sintam-se contemplados por todo meu agradecimento.

## LISTA DE SIGLA

- ATP – Ala de Tratamento Psiquiátrico.
- BPC – Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social.
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.
- Centro POP – Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa.
- CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.
- CNJ – Conselho Nacional de Justiça.
- CNS – Conselho Nacional de Saúde.
- CRAS – Centro de Referência de Assistência Social.
- CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.
- GDF – Governo do Distrito Federal.
- GESSP/DF – Gerência de Saúde do Sistema Prisional do Distrito Federal.
- HCTP – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.
- LEP – Lei de Execuções Penais.
- IML – Instituto Médico Legal.
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.
- MEI – Microempreendedor Individual.
- MNPR – Movimento Nacional de População de Rua.
- MPDFT – Ministério Público do Distrito Federal e Territórios.
- OMS – Organização Mundial da Saúde.
- ONG – Organizações Não Governamentais.
- ONU – Organização das Nações Unidas.

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público.

PIA – População em Idade Ativa.

PFDF – Presídio Feminino do Distrito Federal.

PT – Partido dos Trabalhadores.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SEDEST – Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda.

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UnB – Universidade de Brasília.

## **Lista de quadro**

**Quadro 1** – Demonstrativo das equipes multiprofissionais de saúde por Unidades de Saúde Prisional, segundo a população carcerária de cada unidade.

**Quadro 2** – Perfil das pessoas em situação de rua com reincidência de internação na ATP, cujos registros documentais foram analisados.

## Resumo

O presente trabalho procurou conhecer as razões pelas quais ocorre reincidência de internação de pessoas em situação de rua na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) no Presídio Feminino em Brasília, sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental. A perspectiva metodológica assumida assenta-se nas categorias teóricas do materialismo histórico dialético, o que possibilitou, na dinâmica da pesquisa, aproximações sucessivas do real. Assim, verificou-se que a reincidência de internações na ATP das pessoas com as características mencionadas decorreu, principalmente, devido à insuficiência de proteção social do Estado, o que favoreceu os processos de higienização dos logradouros públicos onde estas pessoas se localizavam antes das internações.

**Palavras Chaves:** pessoas em situação de rua, doença mental, reincidência de internação, políticas sociais.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPITULO 1 – O FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À CIDADE.....</b>	<b>18</b>
1.1. Conceito e perfil de população em situação de rua.	
1.2. Criminalização da pobreza.	
1.3. O egresso prisional em situação de rua.	
1.4. O território como espaço de poder e o direito à cidade.	
1.5. Políticas voltadas para a população em situação de rua.	
<b>CAPITULO 2 – SAUDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL.....</b>	<b>34</b>
2.1. Movimento de reforma psiquiátrica (luta antimanicomial).	
2.2. Saúde mental como expressão da questão social.	
2.3. Os serviços de saúde mental no sistema prisional.	
2.4. A ala de tratamento psiquiátrico do presídio feminino de Brasília	
2.4.1. Organização e funcionamento.	
2.4.2. Perfil dos usuários.	
2.4.3. O atendimento a população em situação de rua.	
2.4.4. (dês) internações de pessoas em situação de rua.	
2.4.5. Demandas e desafios do serviço social no sistema prisional.	
<b>CAPITULO 3 – A INSUFICIÊNCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL E AS REINCIDÊNCIAS DE INTERNAÇÕES DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATP SEM SINAIS EVIDENTES DE SAÚDE MENTAL COMPROMETIDA.....</b>	<b>56</b>
3.1. A política social no contexto de crise estrutural do capitalismo.	
3.2. Um olhar sobre as políticas para população em situação de rua no Distrito Federal.	
3.3. Breve perfil da população em situação de rua do Distrito Federal e das pessoas atendidas na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) selecionadas para a pesquisa.	
3.4. As reincidências de internações de pessoas em situação de rua na ATP sem sinais evidentes de saúde mental comprometida – o que provoca?	
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>74</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>77</b>

**INTRODUÇÃO**

O fenômeno população em situação de rua cada vez mais se torna evidente nas principais cidades do país e do mundo. Sua relação com a questão social é inegável e em contexto de aprofundamento da crise do capital isso se torna mais perceptível.

As pesquisas contemporâneas que revelam as principais causas estruturais da expansão do fenômeno de população em situação de rua mostram que as mesmas decorrem principalmente das transformações no mundo do trabalho, expressas pelo aprofundamento do desemprego estrutural, queda na renda média real do trabalho e precarização do trabalho<sup>1</sup>. Além disso, somam-se nessa direção outros fatores como os limites dos sistemas de proteção social. Portanto, as pessoas em situação de rua não se encontram nessa condição por vontade própria. Isso revela o quanto é atual e oportuna, para compreensão desse fenômeno, a afirmação de Marx: “os homens fazem sua própria história, mas não fazem como querem, não sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado.” (MARX, Karl. 2011 p. 25).

No Brasil e no mundo é bastante heterogêneo o grupo populacional que vive nas ruas. Porém, este grupo possui algumas características em comum, entre elas a pobreza extrema (SILVA, 2009). Em um contexto de barbárie, que marca as sociedades capitalistas contemporâneas, estas pessoas sofrem constantes ameaças e perseguições, dada a criminalização acentuada da pobreza e dos pobres. Além disso, a insuficiência das políticas públicas, a exposição permanente a diversas vicissitudes comprometem a saúde mental destas pessoas e as torna alvo dos processos de higienização. Foi nesse contexto que se localizou meu objeto de pesquisa - a reincidência de internação de pessoas em situação de rua na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) que não apresentam sinais evidentes de terem a saúde mental comprometida, cuja fundamentação teórica exigiu reflexões sobre o fenômeno população em situação de rua e sua relação com as políticas públicas no Brasil e no Distrito Federal, além da estrutura e organização, serviços ofertados e funcionamento da ATP, no Presídio Feminino do Distrito Federal (PFD).

O estudo realizado por SILVA (2009) sobre o fenômeno população em situação de rua, propiciou a identificação de seis aspectos considerados pela autora como sendo característicos deste fenômeno: suas múltiplas determinações, percebidas no

---

<sup>1</sup> Cf. SILVA, 2009 sobre o assunto.

debate sobre a multiplicidade de causas que conduzem à situação de rua; constitui uma expressão radical da questão social na contemporaneidade; localização nos grandes centros urbanos; o preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade às pessoas atingidas pelo fenômeno; particularidades vinculadas ao território em que se manifestam, decorrentes dos hábitos, dos valores e das características socioeconômicas, culturais e geográficas predominantes no território; e por fim, a tendência à naturalização do fenômeno, que se faz acompanhada pela inexistência de políticas sociais universalizantes capazes de alcançar este grupo populacional e influir na redução da pobreza e das desigualdades sociais. Concorda-se com esta visão da autora, a qual orientou a pesquisa realizada que resultou neste Trabalho de Conclusão de Curso – TCC.

O desvelar do objeto de pesquisa exigiu estudos e reflexões específicos sobre temas como o fenômeno população em situação de rua, a questão social e suas expressões na vida contemporânea, a relação entre o direito à cidade, à saúde mental, às políticas sociais e à população em situação de rua no Brasil e no Distrito Federal. Além disso exigiu reflexões sobre a medida de segurança institucionalmente estabelecida, ou seja, sobre o tratamento ao qual, segundo os preceitos jurídicos, deve ser submetido o autor de crime, com o fim de curá-lo ou no caso de tratar-se de portador de doença mental incurável, de torná-lo apto a conviver em sociedade sem voltar a cometer crimes. Prática utilizada pelo Presídio Feminino de Brasília, no âmbito da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), com base no código penal brasileiro. Aqui, vale mencionar que quanto ao local do cumprimento da medida de segurança, o artigo 96 do Código Penal determina que a mesma deve ser realizada em hospital de custódia e tratamento, nos casos em que a internação é necessária ou, quando não houver necessidade de internação, o tratamento será ambulatorial, isto é, a pessoa se apresenta durante o dia em local próprio para o atendimento e lhe é assegurada assistência médica. Havendo falta de hospitais apropriados para tratamento, o Código diz que o tratamento deverá ser feito em outro estabelecimento adequado, e Presídio não pode ser considerado estabelecimento adequado para tratar doente mental. Todavia, o Presídio Feminino do Distrito Federal, abriga pessoas com o propósito de assegurar tal tratamento e até pessoas sem a saúde mental comprometida, como é o caso de algumas pessoas em situação de rua, são ali internadas e reinternadas.

A identificação das pessoas em situação de rua sob medida de segurança na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), do Presídio Feminino de Brasília aconteceu a partir das primeiras atividades realizadas no campo de estágio supervisionado em Serviço Social I. Notou-se situações de reincidência de internações dessas pessoas,

sem o registro institucional, a inexistência de visitas familiares ou especiais, falta de documentação/identificação, a morosidade dos acompanhamentos judiciais e a desinternação sem acompanhamento ou assistência apropriada. Tais situações foram sendo reveladas desde o atendimento inicial até a desinternação das pessoas em situação de rua na ATP. A ineficiência dos serviços prestados, inicialmente, apresentou-se como o principal motivo das reincidentes internações, todavia, o desenrolar do estágio na ATP, no atendimento cotidiano a este grupo populacional, com reincidência de internações, sem que apresentassem sinais visíveis de comprometimento da saúde mental, aprofundaram minha inquietação. Pois, embora a população em situação de rua componha um dos grupos populacionais que mais apresentem necessidades de proteção social, percebi no contexto da ATP, que há uma grande disparidade entre as demandas destas pessoas e os atendimentos realizados, deixando lacunas na compreensão acerca dos motivos destas dissonâncias. Se, por um lado, é evidente a incapacidade do Estado de atender plenamente as necessidades específicas desta população, principalmente nos campos relacionados à saúde, segurança e assistência social, trabalho e moradia, por outro lado, em alguns aspectos estas necessidades poderiam ser atendidas.

Estas inquietações deram origem ao meu problema de pesquisa, assim explicitado: Por que há reincidência de internação de pessoas em situação de rua na ATP que não apresentam sinais evidentes de terem a saúde mental comprometida? O problema acima mencionado traduz-se no seguinte objeto de pesquisa: a reincidência de internação de pessoas em situação de rua na ATP que não apresentam sinais evidentes de terem a saúde mental comprometida.

No propósito de desvelar este objeto por aproximações sucessivas do real, partimos da hipótese que a reincidência de internações de pessoas em situação de rua na ATP sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental constitui uma das expressões da insuficiência de proteção social do Estado em relação a esse grupo populacional e da intolerância social com os diferentes, o que favorece os processos de higienização dos logradouros públicos onde estas pessoas se localizam.

Assim, o objetivo geral da pesquisa foi compreender e dar visibilidade às ocorrências de reincidência de internações de pessoas em situação de rua na ATP sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental, bem como contribuir para que sejam adotadas medidas adequadas de atendimento no âmbito da ATP no que se refere a este grupo populacional. Como objetivos específicos teve-se: investigar as razões que conduzem às reincidências de internações na ATP de pessoas em

situação de rua sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental; investigar ações adotadas pelo Estado em relação a esse grupo populacional e da intolerância social com os diferentes, o que favorece os processos de higienização dos logradouros públicos onde estas pessoas se localizam; e mostrar o perfil das pessoas em situação de rua com reincidentes internações na ATP, sem apresentar sinais de comprometimento da saúde mental.

A perspectiva metodológica adotada neste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) assentou-se nas categorias teóricas do materialismo histórico dialético. Assim:

“tem que possuir como fundamento a análise teórica da produção das condições materiais da vida social. Este ponto de partida não expressa um juízo ou uma preferência pessoal do pesquisador: ele é uma exigência que decorre do próprio objeto de pesquisa – sua estrutura e dinâmica só serão reproduzidas com veracidade no plano ideal a partir desse fundamento”. (NETTO, 2009).

Ao partir das fundamentações explicitadas, é necessário reconhecer a “indissociável conexão que existe em Marx entre elaboração teórica e formulação metodológica” (NETTO, 2009, p. 26), pois esta conexão abre espaço para articulação das três categorias: totalidade, contradição e mediação. Categorias que fundamentam a concepção teórico-metodológica de Marx, as quais compõem o trato teórico, orientam a perspectiva do pesquisador em relação ao objeto e introduzem uma formulação metodológica coerentemente articulada. Como aborda NETTO:

“A indissociável conexão que mencionamos impede uma abordagem que, na obra de Marx, autonomize o método em face da teoria: não é possível, senão ao preço de uma adulteração do pensamento marxiano, analisar o método sem a necessária referência teórica e, igualmente, a teoria social de Marx torna-se ininteligível sem a consideração do seu método”. (NETTO, 2009).

Assim, considera-se de suma importância uma coerente articulação entre a fundamentação teórica e os procedimentos metodológicos adotados no processo investigativo, de forma a assegurar o desvelar do problema e a ética na pesquisa.

Nessa direção, os procedimentos metodológicos originalmente previstos no Projeto de trabalho de conclusão de curso foram modificados, diante da exiguidade de tempo e considerando a demora de manifestação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH/UnB) sobre o

projeto original<sup>2</sup>. Assim, foram adotados os seguintes procedimentos metodológicos de modo a não comprometer a pesquisa nem ferir as normas atinentes à ética em pesquisa com seres humanos: a) revisão de bibliografia referente à temática e análise documental, especialmente: prontuários dos internos selecionados, amostra de pesquisas, laudos médicos emitidos pelo Instituto Médico Legal (IML), dados coletados em pesquisa realizada durante o estágio em Serviço Social 1 e 2 sobre o perfil e demandas da ATP, Relatório sobre o Censo 2011 – A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil (DINIZ, 2013); b) entrevista semi-estruturada, em caráter complementar às informações institucionais, com os profissionais do Núcleo de Saúde da ATP (1 Assistente Social, 1 Psicólogo, 1 Agente de Atividades Penitenciária, além dos coordenadores do Núcleo de Saúde e Núcleo de Segurança da ATP), devidamente autorizadas pela autoridade competente, como comprovam os anexos a este TCC. Por se tratar de procedimentos complementares as informações institucionais e os resultados obtidos não serão particularizados a cada sujeito entrevistado, em respeito à Resolução 196/96.

Ressalta-se que as pessoas selecionadas para a pesquisa, o foram a partir dos seguintes critérios: terem sido acompanhados durante o período de estágio na ATP; terem ficado mais de um ano internado na ATP; estarem em situação de rua em Brasília; e concordarem em participar da pesquisa. A técnica de entrevistas semiestruturadas caracteriza-se por um roteiro previamente elaborado que combina perguntas abertas e fechadas, detém um contexto semelhante ao de uma conversa informal e proporciona uma melhor adaptação para que os objetivos da pesquisa sejam alcançados. As vantagens desta técnica estão na flexibilidade que contribui para uma melhor organização e sistematização das informações e dados coletados.

Nessa perspectiva, as entrevistas semiestruturadas com os profissionais do Núcleo de Saúde e dos coordenadores, subsidiaram as análises acerca do atendimento as pessoas em situação de rua pela ATP e outros aspectos que se fizeram necessário, não obtidos na revisão bibliográfica e análise documental, assim, sua utilização foi feita, tomando-se os resultados como informações institucionais

---

<sup>2</sup> A pesquisa obedeceu às normas previstas na Resolução 196/96 (versão 2012) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 12 de setembro de 2013, todavia até 31 de outubro, ainda não tinha havido retorno, o que exigiu redimensionamento, nos termos mencionados, para contribuir com o exercício da ética no ensino-pesquisa com seres humanos e assim reiterar o compromisso com o conhecimento científico, socialmente relevante e eticamente estabelecido. Somente em 05/12/2013 recebeu-se comunicado do referido comitê sobre o projeto, solicitando documentos complementares para análise em reunião que seria realizada em 13 de dezembro de 2013.

complementares e não como opinião isolada de profissionais participantes da pesquisa.

É necessário ressaltar a importância das orientações acadêmicas, revisões de literatura especializada nas temáticas e o acompanhamento das pessoas em situação de rua sob medida de segurança na ATP no desenvolvimento dos processos de investigação.

Este trabalho está organizado da seguinte forma: além desta introdução, possui três capítulos e as considerações finais.

O primeiro capítulo, *O fenômeno população em situação de rua e o direito à cidade*, aprofunda o conhecimento sobre população em situação de rua; aborda a criminalização da pobreza; a relação do egresso prisional em situação de rua; e traz elementos do debate de políticas voltadas para a população em situação de rua.

O segundo capítulo, *saúde mental e população em situação de rua no distrito federal*, apresenta o movimento de reforma psiquiátrica (Luta Antimanicomial); introduz o debate sobre a saúde mental como expressão da questão social; discute os serviços de saúde mental no sistema prisional; e apresenta a Ala de Tratamento Psiquiátrico do Presídio Feminino de Brasília, compreendendo a organização, os serviços oferecidos, o funcionamento, o perfil dos usuários, o atendimento à população em situação de rua, a (des) internação de pessoas em situação de rua e por fim as demandas e desafios do serviço social no sistema prisional.

Por fim, o terceiro capítulo, *a insuficiência das políticas públicas para população em situação de rua no Distrito Federal* traz uma breve discussão sobre política social no contexto de crise do capital, em que se insere uma concepção de Estado e política social; posteriormente, faz-se, com brevidade, uma referência às políticas para população em situação de rua no Distrito Federal, apresenta-se um perfil das pessoas em situação de rua no Distrito Federal e, discutem-se as reincidências de internações de pessoas em situação de rua na ATP sem sinais evidentes de saúde mental comprometida, com ênfase na pergunta: o que provoca?

## CAPITULO 1 – O FENÔMENO POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À CIDADE

A caracterização do fenômeno e da população em situação de rua e a análise de sua relação no que se refere ao direito à cidade, procuraram situar o objeto de pesquisa no contexto das condições histórico-sociais de origem e reprodução do fenômeno nas grandes capitais do Brasil, com base nos dados e informações a cerca do assunto. A compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que envolvem este fenômeno, exige uma visão de totalidade, levando-se em conta as várias dimensões da vida social (moradia, condições de trabalho, acesso aos direitos, benefícios sociais e etc) que são negadas para esta população. Assim, é essencial analisar a sua relação com as políticas sociais, como estratégias de enfrentamento desse fenômeno.

Nos termos de SILVA (2009) a população em situação de rua constitui um fenômeno compreendido como a síntese de múltiplas determinações, inerentes à sociedade capitalista, que surgem em meio aos processos intrínsecos à acumulação do capital, um fenômeno produzido socialmente no contexto de formação de uma superpopulação relativa às necessidades médias de expansão do capital, independentemente, das variações históricas, o que o tornam um elemento relevante na composição da pobreza nas sociedades capitalistas.

Partindo-se dessa referência analítica, as reflexões a cerca do fenômeno população em situação de rua e o direito à cidade são aqui desenvolvidas a partir de cinco eixos: *Conceito de população em situação de rua* que vislumbra explicitar as propriedades e características desse grupo populacional, distinguindo-o de outros grupos sociais; *Criminalização da pobreza*, que se revela no país por meio da ofensiva neoliberal às políticas sociais, restringindo suas finalidades e funções e negando o princípio da universalização dos direitos sociais; *O egresso prisional em situação de rua*, cujo foco da análise está centrado nas principais problemáticas que envolve o atendimento aplicado a estas pessoas; *O território como espaço de poder e o direito à cidade* no contexto da luta por direitos fundamentais a vida em sociedade; e as *Políticas voltadas para a população em situação de rua* como mecanismos de enfrentamento do fenômeno e efetivação de direitos com vistas a reunir condições sociais favoráveis a uma transformação de vida para as pessoas em situação de rua. Estas cinco dimensões articuladas ajudam a constituir um quadro analítico que cerca teoricamente o objeto e orienta as reflexões neste primeiro capítulo.

## 1.1. CONCEITO E PERFIL DE POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

O fenômeno população em situação de rua constitui as expressões das desigualdades sociais e abarca um grande grupo populacional, que para fins de cobertura por políticas sociais precisa ser conceituado, todavia, o conceito de população em situação de rua está em construção. Existem muitas visões diferentes sobre o mesmo, ainda que um relativo consenso esteja sendo construído, nos últimos anos, como falaremos neste item.

A maior parte das referências conceituais adota a ideia de utilização das ruas como espaços de moradia e sustento. Mas, essa não é a única característica e /ou propriedade a ser considerada neste conceito. É preciso que outros aspectos sejam vistos, como a pobreza, a ausência de moradia convencional entre outros.

Como referência conceitual Rosa, Vieira e Bezerra (2004) apontam as diferentes situações em relação à permanência na rua para identificar grupos de pessoas em situação de rua: ficar na rua (circunstancialmente), estar na rua (recentemente) e ser da rua (permanentemente). Assim, para as autoras, o que diferencia essas situações é o tempo na rua e o grau maior ou menor de inserção no mundo da rua.

É necessário ressaltar a complexidade das relações que ocasionaram a situação de rua destas pessoas em processos heterogêneos no que dizem respeito às relações com o trabalho e com os vínculos familiares que se foram fazendo e desfazendo ao longo das trajetórias de vida e os significados atribuídos às experiências.

Segundo Silva (2009, p. 91) o fenômeno social da população em situação de rua constitui uma síntese de múltiplas determinações, cujas características, mesmo com variações históricas o tornam um elemento relevante na composição da pobreza nas sociedades capitalistas. Sua história remonta ao surgimento das cidades pré-industriais da Europa. A partir dessa época, essa realidade passou a compor o cenário da vida urbana, em várias partes do mundo.

Esse fenômeno população em situação de rua pode ser considerado o “lumpem proletariado”<sup>3</sup> a parcela da classe trabalhadora que compõe o pauperismo que Marx,

---

<sup>3</sup> O termo lumpemproletariado ou lumpesinato ou ainda subproletariado designa, no vocabulário marxista, a população situada socialmente abaixo do proletariado, do ponto de vista das condições de vida e de trabalho, formada por frações miseráveis, não organizadas do

ao falar sobre o pauperismo oficial na Inglaterra, no período entre 1846 e 1866, caracterizou como “aquela parcela da classe trabalhadora que perdeu a condição de sua existência, a venda da força de trabalho, e vegeta na base da caridade pública” (Marx, 1988, *apud* SILVA, 2006, p.75). No contexto da crise estrutural do Capital ocorre o aprofundamento das desigualdades sociais e da questão social. Essa situação incide na expansão do fenômeno população em situação de rua e poderá agrava-lo nos anos subsequentes, pois, como diz MESZAROS:

“A crise estrutural do sistema do capital como um todo ao qual estamos experimentando nos dias de hoje em uma escala de época – está destinada a piorar consideravelmente. Vai se tornar a certa altura muito mais profunda, no sentido de invadir não apenas o mundo das finanças globais mais ou menos parasitárias, mas também todos os domínios da nossa vida social, econômica e cultural”. (Id, 2009, p.17).

Na opinião de Silva (2009) a enorme expansão da superpopulação relativa em contexto de aprofundamento da crise do capital no mundo e no Brasil, particularmente em sua forma flutuante, devido à redução de postos de trabalho ajuda a explicar a expansão do fenômeno população em situação de rua. A autora conceitua a população em situação de rua como sendo:

“Um grupo populacional heterogêneo, mas que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, fatores que obrigam seus integrantes a procurarem os logradouros públicos (ruas, praças, jardins, canteiros, marquises e baixos de viadutos), as áreas degradadas (dos prédios abandonados, ruínas, cemitérios e carcaças de veículos) como espaço de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente, ainda que utilizem albergues para pernoitar, abrigos, casa de acolhida temporária ou moradias provisórias.”. (SILVA, 2009, p. 136).

Esse conceito passou a ser adotado pelo governo federal, por meio do Decreto nº 7.053, de 2009, em decorrência da reivindicação expressa na Carta Aberta ao Presidente da República assinada pelo Movimento Nacional da População de Rua e demais representantes da sociedade civil presentes ao II Encontro Nacional sobre

---

proletariado, não apenas destituídas de recursos econômicos, mas também desprovidas de consciência política e de classe, sendo, portanto, suscetíveis de servir aos interesses da burguesia. (Karl Marx e Friedrich Engels 1845).

População em Situação de Rua, realizado em maio daquele ano, (2009). Esta também será a referência conceitual que adotarem neste trabalho.

A Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, realizada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em 71 municípios brasileiros com cerca de 31.922 pessoas em situação de rua entrevistadas e publicado no ano de 2008, confirma a um perfil da população em situação de rua do país, já revelado em pesquisas anteriores realizadas em grandes capitais, especialmente São Paulo, Porto Alegre, Recife e Belo Horizonte.

Assim, o perfil da população em situação de rua analisados pela pesquisa do MDS (BRASIL, 2008) compreende os seguintes dados: A população em situação de rua é predominantemente masculina, aproximadamente 82%. Mais da metade dos entrevistados possui faixa etária dentre 25 e 44 anos, cerca de 53%, mostrando que a população é jovem e que se insere na População em Idade Ativa (PIA)<sup>4</sup> do país; 67% são negros, o que pode reforçar os estigmas e preconceitos enfrentados pela população em situação de rua; Os níveis de renda são baixos, a maioria recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais; 74% dos entrevistados sabem ler e escrever. Cerca de 17,1% não sabem escrever e 8,3% apenas assinam o próprio nome; A população em situação de rua é composta em grande parte por trabalhadores, cerca de 70,9%, que ainda exercem alguma atividade remunerada. Apenas 15,7% pedem dinheiro como principal meio de sobrevivência; 51,9% dos entrevistados possuem algum parente residente na cidade onde se encontram, porém 38,9% deles não mantêm contato com esses parentes, demonstrando assim afirmativa dos vínculos familiares fragilizados ou rompidos; Quase metade desta população esta há mais de 2 anos dormindo na rua ou em abrigos, cerca de 48,46%. Cerca de 30% dorme na rua há mais de 5 anos; A maioria ainda costuma dormir na rua, cerca de 69,6%. Um grupo

---

4 A pesquisa do MDS também usou as seguintes definições:

População Economicamente Ativa (PEA) - compreende o potencial de mão de obra com que pode contar o setor produtivo, isto é, a população ocupada e a população desocupada, assim definidas: população ocupada - aquelas pessoas que, num determinado período de referência, trabalharam ou tinham trabalho mas não trabalharam (por exemplo, pessoas em férias). As pessoas ocupadas são classificadas em: Empregados, Conta Própria, Empregadores e Não Remunerados.

População Desocupada - aquelas pessoas que não tinham trabalho, num determinado período de referência, mas estavam dispostas a trabalhar, e que, para isso, tomaram alguma providência efetiva (consultando pessoas, jornais, etc.).

População Não Economicamente Ativa - As pessoas não classificadas como ocupadas ou desocupadas.

relativamente menor costuma dormir em abrigos ou outros instituições, cerca de 22,1%. E 8,3% alternam entre estes dois ambientes para dormirem; A grande maioria não participa de qualquer movimento social ou associativismo, cerca de 95,5%; Cerca de 24,8% não possuem quaisquer documentos de identificação. A maioria não exerce o direito de cidadania elementar que é o voto, cerca de 61,6%. E cerca de 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais. Aposentadorias representam apenas 3,2%. O Programa Bolsa Família apenas 2,3% e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)<sup>5</sup> os ínfimos 1,3%.

A pesquisa apresentada reforça as afirmações acerca do conhecimento e expansão do perfil da população em situação de rua no Brasil, compreendida na representação de uma população predominantemente masculina; com faixa etária presente na população em idade ativa (PIA); composta em maior proporção de negros com baixos índices de renda semanais; em sua grande maioria alfabetizada (sabe ler e escrever); composta por trabalhadores, que ainda exercem alguma atividade remunerada; com a permanência média de 2 a 5 anos dormindo na rua ou em abrigos; a grande maioria não participa de movimentos sociais ou associativismo; e afirmam não receber benefícios governamentais.

Esse perfil ajuda a compreender as discriminações por que passam esse grupo populacional e os processos de higienização a que estão submetidos, os quais, em parte refletem circunstâncias como as que se constituem objeto de nossa pesquisa: reincidências de internações em presídios sem sinais evidentes que as justifiquem.

---

5 O Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC) é um benefício da Política de Assistência Social, individual, não vitalício e intransferível, que garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. O BPC integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social. O BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei Nº 8.742, de 7/12/1993 e pelas Leis Nº 12.435, de 06/07/2011 e Lei Nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos Nº 6.214/2007 e Nº 6.564/2008. O BPC não é aposentadoria e nem pensão e não dá direito ao 13º pagamento. Informações Disponíveis em: < <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>>. Acessado em: 17 nov. 2013.

## 1.2. CRIMINALIZAÇÃO DA POBREZA.

Na contemporaneidade tem havido crescente criminalização da pobreza no Brasil. Para compreendê-la resgata-se a discussão trazida por Brisola (2012) em seu texto Estado penal, criminalização da pobreza e Serviço Social no qual a autora destaca que:

O Estado social que se consolidou, sobretudo nos países centrais, pautou-se pelo princípio da universalidade e pela desmercadorização dos direitos sociais e pleno emprego, sobretudo após o segundo pós-guerra. Contudo, a partir dos anos 80/90 do século XX, assume a forma de Estado penal, preocupado agora em garantir a segurança das classes dominantes em relação às “classes perigosas” (CASTRO, 2010). Destaca-se, ainda, que no Brasil a pobreza foi entendida e vista como sinônimo de “vadiagem”, de “amoralidade” e de qualquer outro elemento vinculado à delinquência e à criminalidade (COIMBRA, 1998, apud BARROS, 2008, p. 143), quer dizer, a questão social foi tratada, em grande parte da história do país, como questão de polícia. (BRISOLA, 2012, p 135/136)

Os elementos destacados pela autora têm como sustentação duas práticas utilizadas pela classe dominante: a utilização da mídia de maneira tendenciosa a produzir juízos de valor em relação aos responsáveis, associando a prática da violência à pobreza, etnia e território; a forma como a classe dominante tem se utilizado do medo e da insegurança para pressionar o Estado a frear a violência, emergindo assim o Estado penal.

A expressão da dominação do Estado são retomadas e novamente colocadas no centro da intervenção do Estado como forma de enfrentamento das expressões da questão social. "Assim retira-se a proteção social antes estabelecida e em seu lugar é posto uma política criminal embrutecedora, que não tem outra função senão criminalizar o pobre" (KARAM apud RAMOS & LINS, 2012, p 05).

Isso é reforçado diante da ofensiva neoliberal às políticas sociais, e a realização dos mega eventos nas grandes capitais, como a Copa do Mundo de 2014 no Brasil, que restringem suas finalidades e funções tornando-as focalizadas e seletivas, negando-se o princípio da universalização dos direitos sociais.

No contexto internacional de aprofundamento da crise do capital, a conjuntura do país é marcada pela retomada da inflação, do desemprego elevado, avanço do

conservadorismo e a criminalização da pobreza e dos movimentos sociais. Estes últimos aspectos bastante recorrentes nas recentes manifestações populares de protestos que o país vive nos últimos tempos, especialmente, a partir das jornadas de junho de 2013<sup>6</sup>. Durante as manifestações percebeu-se a manipulação das informações pela grande mídia e a violência policial presente nos atos, reforçando as práticas que já vinham sendo utilizados por estes sujeitos sociais (mídia e polícia) especialmente dirigidas às populações pobres e periféricas, na qual se localiza a população em situação de rua.

Outros fatores que incorporam a fomentação da criminalização da pobreza são o desmantelamento das políticas públicas e a responsabilização do indivíduo pela própria proteção; a realização dos Megaeventos (Copa do Mundo em 2014 e Olimpíadas em 2016 no Brasil) no que concerne a limpeza dos cartões postais das principais capitais segundo normas das próprias agências oficiais reguladoras dos eventos; A Higienização dos grandes centros urbanos; Internação e/ou abrigamento compulsório da população em situação de rua; A atuação de grupos de extermínio; Extermínio lento e natural (fome e ausências de políticas de proteção social acessíveis), entre outros fatores que preocupam e sinalizam o avanço desta prática de criminalização.

A população em situação de rua, por suas características, tem se revelado como principal vítima desse processo de criminalização da pobreza, pois a falta de compromisso do Estado para com as pessoas em situação de rua reflete de certa forma, o modo contraditório de como a sociedade lida com o tema, ora com compaixão, preocupação e até assistencialismo, ora com repressão, preconceito e indiferença, assim os processos por repressão acabam justificando-se na busca por higienização e segregação social. Na opinião de Wacquant (2001), geralmente as políticas de segurança pública dirigidas aos pobres com perfil de população em situação de rua não são voltadas para sua proteção, mas sim para a criminalização de seus comportamentos sociais e para a “tolerância zero” em relação aos seus atos de transgressão.

---

<sup>6</sup> No primeiro semestre de 2013, uma série de **manifestações populares** ocorreu nas ruas de centenas de cidades brasileiras. Tendo inicialmente como foco de reivindicação a redução das tarifas do transporte coletivo, as manifestações ampliaram-se, ganhando um número imensamente maior de pessoas e também novas reivindicações, sobretudo no mês de junho. A violência policial aos atos também contribuiu para que mais pessoas fossem às ruas para garantir os direitos de livre manifestação. (matéria publicada na Revista Brasil Escola, por Tales Pinto em Julho de 2013).

As recorrentes manifestações de violência contra a população em situação de rua estão cada vez mais em evidência, demonstrando um verdadeiro genocídio dos pobres, e inseridos neste contexto as pessoas em situação de rua. Há incidência de casos e um fator preocupante que repercute diariamente nas ruas e são reproduzidos pelos noticiários, jornais impressos e etc, como retratado pelo CFESS Manifesta – 1º Congresso Nacional do Movimento da População de Rua (19 de março de 2011) na expansão destes crimes e tamanha brutalidade de suas execuções, assim expressos nos casos ocorridos no Distrito Federal:

“Nos últimos dias, a mídia brasileira noticiou quatro crimes bárbaros contra pessoas em situação de rua no Distrito Federal. Em 25 de fevereiro, José Edson e Paulo Cesar foram incendiados enquanto dormiam. José Edson morreu e Paulo continua internado em estado grave, com queimaduras de segundo e terceiro grau. No dia 10 de março, outros dois homens em situação de rua (Ivaldo e Adriano) foram executados com vários tiros”. (CFESS MANIFESTA, *Brasília, 19 de março de 2011*).

Estes crimes tomam uma proporção devastadora quando analisamos a incidência de casos pelo país, sobre a mesma ótica avançam também a brutalidade e impunidades, como reveladas a seguir:

“Poderíamos listar aqui outros casos de violência e extermínio que a imprensa divulgou nos últimos anos, como o massacre realizado entre os dias 19 e 22 de agosto de 2004, no centro da cidade de São Paulo, que resultou na morte de sete pessoas e deixou nove gravemente feridas; os assassinatos de mais de 30 pessoas em situação de rua de Maceió (AL) durante o ano de 2010; a tentativa de envenenamento, em 2010, de mais de 10 pessoas em situação de rua em Belo Horizonte (MG); a expulsão violenta de pessoas que ocupavam a chamada “crackolândia”, em São Paulo (SP), este ano, em nome de uma pretensa política de combate ao crack, que gerou cenas chocantes de multidões perambulando pelas ruas sob escolta policial. Mas sabe-se que estes são só alguns das centenas de crimes que acontecem cotidianamente contra esta população. Para se ter uma ideia, no período entre abril de 2011 e fevereiro de 2012, foram registrados 87 casos de assassinatos de pessoas em situação de rua no país, de acordo com o Centro Nacional de Defesa dos Direitos Humanos das Pessoas em Situação de Rua, localizado em Belo Horizonte, e mais de uma centena de mortes de pessoas não identificadas e não procuradas estão sendo apuradas pelo Fórum de Defesa dos Direitos da População em

Situação de Rua no Distrito Federal". (CFESS MANIFESTA, *Brasília*, 19 de março de 2011).

Os crimes apresentados e o avanço das incidências de casos pelo país desmitificam que fatores de violência direcionados a população em situação de rua sejam isolados ou excepcionais, como atribuídos anteriormente pela grande mídia, assim denunciando a instauração do genocídio desta população. Ainda segundo o CFESS Manifesta (2011), mais grave, porém, é a imperante impunidade dos culpados por estes crimes horrendos e a certeza de que as tentativas de extermínio deste grupo populacional não se revelam apenas a bala e fogo, como exemplificado. Mais também visíveis em ações como o abandono à fome, a exposição ao frio, ao calor, às chuvas e às enchentes, ao uso de álcool e outros drogas, como estratégia de sobrevivência, são formas de provocar a morte lenta e silenciosa dessas pessoas, como algo "natural". Ou seja, a omissão do Estado e da sociedade são fatores que contribuem para que esse genocídio avance a passos largos, como um processo natural e não provocado. Urge reação dos movimentos sociais e dos defensores da justiça social para reverter este agravante quadro social.

Esses dados revelam, por um lado, as perseguições, as discriminações, a criminalização e também a insuficiência de políticas públicas alcançáveis por essa população, o que reforma o principal eixo da hipótese da qual partimos para explicar a reincidência de internações de pessoas em situação de rua na ATP, sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental.

### **1.3. O EGRESSO PRISIONAL EM SITUAÇÃO DE RUA.**

Sabe-se que entre a população em situação de rua, parte é egresso do sistema prisional, por isso é importante conhecer um pouco mais sobre este grupo populacional para que se cerque teoricamente o objeto de pesquisa que tem a população em situação de rua como público. É necessário compreender as negações de direitos de saúde, assistência social, trabalho e educação no sistema carcerário que se observa em relação aos egressos prisionais, além das constantes violações dos direitos e a total inobservância das garantias legais previstas na Lei de Execução Penal (LEP) brasileira vigente. Isso exige reflexões sobre o egresso prisional em situação de rua.

Segundo Carvalho Filho (2012), o conceito de egresso guarda uma complexidade, entendido sendo “aquele que deixou o estabelecimento criminal onde cumpriu a sua sentença”. Ou seja, todos aqueles que saem “oficialmente” das prisões podem ser considerados egressos. É considerado, juridicamente egresso prisional, aquele que se encontra nas seguintes situações judiciais: liberado definitivo ou em liberdade plena (aquele que cumpriu integralmente sua pena); livramento condicional (após o cumprimento de uma parte de sua pena) e regime aberto (após cumprir parte de sua pena, o detento poderá cumprir o restante no regime semiaberto ou aberto – a chamada progressão de regime).

Segundo Karam (2012, p. 15) as principais dificuldades dos egressos prisionais são explícitas, primeiramente, porque todos os egressos prisionais sofrem dificuldades, tanto de cunho financeiro e familiar: na prestação de contas com a justiça, nas dificuldades de conseguir manter o papel de provedor junto à família; na falta de condições em ter um fundo de consumo para sua sobrevivência; não tendo condições concretas e objetivas para alugar um imóvel ou financiar uma residência própria; dificuldades em conseguir um emprego entre outras inúmeras dificuldades. Isso explica a necessidade de se destacar também às dificuldades encontradas por este grupo populacional para obtenção de emprego, a internalização do papel do provedor (aquele que precisa gerir o seu próprio sustento e de outros, de uma casa) e, quando os egressos não conseguem cumprir esse papel recorrem a uma única alternativa viável, as diferentes situações de permanência na rua, expressas fielmente no seguinte trecho:

“[...] na busca imediata de alguma ocupação rentável, muitas vezes por não conseguir um emprego (pela escassez no mercado de trabalho e também pela dificuldade em obtenção de emprego por ser egresso prisional), pela pressão da exigência legal do cumprimento do papel de provedor pelos seus familiares, muitos egressos prisionais optam pelo abandono da sua família (moradia) e a rua se torna única e última opção de sobrevivência”. (KARAM, 2012, p. 131).

Ainda, segundo o autor, além da dificuldade para sobreviver na condição de egresso prisional, muitos deles por não conseguirem emprego formal para se sustentar, iniciam trabalhos informais, como, por exemplo, trabalhadores autônomos artesãos, que ao contrário das exigências do mercado formal (ficha limpa, experiência profissional anterior, ensino superior completo, entre outros) os compradores de

artesanatos não consideram a pessoa pelo seu passado e sim pela qualidade e o talento da arte confeccionada. Com a dificuldade de obtenção de emprego, a confecção caseira desses artesanatos chega ser a única fonte de renda, a qual geralmente é diminuta devido à baixa valorização deste tipo de trabalho. A grande questão colocada ao egresso prisional trata-se da retomada dos direitos civis que coloca perspectivas novas que não se cogitam nos horizontes das práticas institucionais e sequer afiguram presentes no discurso oficial de contenção à criminalidade.

Segundo KARAM (2012) a avaliação que os egressos prisionais fazem de sua perspectiva de vida pós-prisão carrega certamente a noção do “estigma”<sup>7</sup> que representa tão somente uma cicatriz que esconde não mais o dilema entre “fui castigado e reintegrei”, mas sim um dilema de outra natureza: sobreviver após o aprisionamento, frente às condições tão adversas da vida em liberdade. Voltar a viver em liberdade com esse estigma, ex-presos, pode efetivamente significar a possibilidade real e concreta, de retorno à prisão.

Estes elementos associados às já marcantes características da população em situação de rua, são intensificados com a realização dos grandes eventos sediados nos centros urbanos das capitais que não proporciona benefícios a esse grupo populacional. Identificar as principais necessidades do egresso prisional em situação de rua e debruçar-se sobre o objeto de pesquisa traduzido na reincidência de internação de pessoas e situação de rua na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental foi fundamental para compreender a condição social dos egressos prisionais em situação de rua. Assim, é preciso considerar que estas pessoas foram condenadas e privadas da liberdade pelo Estado, tutelados pelas instituições públicas; perderam o controle sobre a mobilidade física e sobre o sentido do tempo; foram objeto de agressão contínua e tiveram que aprender a conviver nos limites da sobrevivência; tudo isso profundamente permeado por valores consolidados a partir de tensões produzidas pela própria ordem institucional (CASTRO, 1984).

---

7 O estigma pode se apresentar em três formas, segundo Goffman que distingue três tipos de estigma: as deformações físicas (deficiências motoras, auditivas, visuais, desfigurações do rosto, etc.); características e alguns desvios de comportamento (distúrbios mentais, vícios, toxicodependências, sexualidade, reclusão prisional, etc.) e estigmas tribais (relacionados com a pertença a uma raça, nação ou religião). (GOFFMAN, E. 1988).

É comum a sociedade amedrontada pelos índices de violência e criminalidade fazer um (re) julgamento de quem cometeu um delito, ainda que este tenha cumprido sua pena. A todo o momento são negadas oportunidades a estes egressos prisionais e com isto reservamos muitas vezes a eles a alternativa da reincidência criminal – um problema social que retorna ao ciclo original (TORRES, BAENA & TANOS, 2004).

Este contexto repressor e a prática de criminalização da pobreza e dos pobres acentuados no Brasil nos últimos anos demonstram conexão com as reincidências de internações de pessoas em situação de rua, sem sinais evidentes de ter a saúde mental comprometida, como vem ocorrendo na ATP- DF, como será revelado no terceiro capítulo.

#### **1.4. O TERRITÓRIO COMO ESPAÇO DE PODER E O DIREITO À CIDADE.**

Observa-se que, historicamente, a concepção de território associa-se a ideia de natureza e sociedade configuradas por um limite de extensão do poder.

A concepção clássica segundo Ratzel (1899) de território vincula-se ao domínio de uma determinada área, imprimindo uma perspectiva de análise centrada na identidade nacional. Ressalta-se a ajuda das áreas humanas para consolidar o conceito de território e o direito à cidade. Sob o conceito de Território, tratamos o espaço geográfico a partir de uma concepção que privilegia o político ou a dominação-apropriação.

A Plataforma Nacional pelo Direito à Cidade busca fortalecer a luta pela sustentabilidade urbana, contra a desigualdade e a injustiça social. Entende-se que o Governo Federal têm papéis fundamentais para a construção de cidades que garantam os direitos de todos os seus moradores, especialmente das mulheres, crianças, jovens, idosos, negros, homossexuais e portadores de deficiência. Fruto das lutas urbanas, o Estatuto da Cidade<sup>8</sup>, Lei Federal 10.257/01, deve ser implementado na perspectiva da igualdade social, da universalização dos direitos e da participação popular.

---

<sup>8</sup> Estatuto da Cidade (Lei nº 10.257 de 10 de Julho de 2001) - Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. Parágrafo único. Para todos os efeitos, esta Lei, denominada Estatuto da Cidade, estabelece normas de ordem pública e interesse social que regulam o uso da propriedade urbana em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental.

Segundo Harvey (2013) o direito à cidade é muito mais que a liberdade individual de ter acesso aos recursos urbanos: é um direito de mudar a nós mesmos, mudando a cidade. Além disso, é um direito coletivo, e não individual, já que essa transformação depende do exercício de um poder coletivo para remodelar os processos de urbanização. A liberdade de fazer e refazer as nossas cidades, um dos direitos humanos mais preciosos e ao mesmo tempo mais negligenciados. A urbanização integrada à especulação imobiliária<sup>9</sup> vem desempenhando um papel fundamental no reinvestimento dos lucros, a uma escala geográfica crescente, mas ao preço de criar fortes processos de destruição criativa que espoliaram as massas de qualquer direito à cidade.

À população em situação de rua tem sido negado constantemente o direito ao usufruto dos benefícios que a cidade oferece e até mesmo a sua permanência nela. Assim, algumas vezes as internações sob a justificativa de doença mental que conduziu a prática de crimes são mecanismos que atendem a essa negação de direito.

### **1.5. POLÍTICAS VOLTADAS PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.**

As políticas públicas no contexto de crise do capital estão cada vez mais direcionadas para o atendimento dos interesses de mercado, que exige uma massa de desempregados disponível e oportunidades renovadas para grandes investimentos. Assim, os trabalhadores cada vez mais tem acesso limitado a estas políticas.

No âmbito da seguridade social (saúde, previdência e assistência social), espinha dorsal da proteção social no Brasil, há uma forte tendência de centralidade da assistência social, com o propósito de reforçar suas funções políticas e ideológicas, sem ampliar a sua capacidade de atendimento material às necessidades dos usuários. O acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), por exemplo, fica cada dia mais limitado. A proposta da população em situação de rua de reduzir a idade de acesso a esse benefício, por esse grupo populacional, para 50 anos, sequer foi analisada pelo governo federal. Esta proposta compõe o conjunto de reivindicações da carta aberta ao Presidente da República assinada pelo Movimento

---

<sup>9</sup> Especulação imobiliária é a compra ou aquisição de bens imóveis com a finalidade de vendê-los ou alugá-los posteriormente, na expectativa de que seu valor de mercado aumente durante o lapso de tempo decorrido. A expressão tem conotação pejorativa, por deixar implícito que o comprador do imóvel não irá utilizá-lo para fins produtivos ou habitacionais, e ainda retira de outras pessoas, de menor poder aquisitivo e, portanto mais, a possibilidade de fazê-lo. (Dicionário Aurélio – Dicionário da Língua Portuguesa).

Nacional da População de Rua e demais representantes da sociedade civil presentes ao II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua, realizado em 2009.

Podemos destacar com base nas análises de Ribeiro em artigo publicado no Observatório das Metrópoles (2012)<sup>10</sup>, que o programa Brasil Sem Miséria<sup>11</sup> do governo federal, destinado aos que possuem renda familiar per capital no valor de até R\$ 70,00 (setenta reais), pois não há nenhuma ação efetiva relacionada no programa com a destinação específica para a população em situação de rua. E não para por aí, podemos analisar também o programa Microempreendedor Individual (MEI)<sup>12</sup>, que se destina aos microempreendedores de baixa renda. Esse programa traz uma proposta de proteção previdenciária diferenciada em relação aos demais segurados não lhes permitindo, por exemplo, a aposentadoria por tempo de contribuição, assim, nos termos de SILVA (2012) é uma política pobre para pobres que nega ao contribuinte o seu reconhecimento como trabalhador.

A relação da população em situação de rua com as políticas sociais no Brasil é de ínfimo ou quase nenhum acesso. Diversas razões justificam essa situação. Entre elas, as características das políticas sociais, as do próprio fenômeno população em situação de rua, além do perfil das pessoas atingidas por ele. Em anos recentes, a generalização do movimento político reivindicatório da população em situação de rua, o Movimento Nacional de População de Rua (MNPR)<sup>13</sup>, inaugurou uma nova fase

---

<sup>10</sup> Disponível em: <<http://observatoriodasmetrolopes.net/>>. Acessado dia 22 de Nov. de 2013.

<sup>11</sup> O Plano Brasil Sem Miséria é direcionado aos brasileiros que vivem em lares cuja renda familiar é de até R\$ 70 por pessoa. De acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estão nesta situação 16,2 milhões de brasileiros. O objetivo do Plano Brasil Sem Miséria é elevar a renda e as condições de bem-estar da população. As famílias extremamente pobres que ainda não são atendidas serão localizadas e incluídas de forma integrada nos mais diversos programas de acordo com as suas necessidades. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/brasilsemiseria>>. Acessado em: 17 nov. 2013.

<sup>12</sup> O Microempreendedor Individual-(MEI) é a pessoa que trabalha por conta própria e que se legaliza como pequeno empresário. Você pagará imposto "zero" para o Governo Federal. E apenas valores simbólicos para o Município (R\$ 5,00 de ISS) e para o Estado (R\$ 1,00 de ICMS). Já o INSS será reduzido a 5% do salário mínimo (R\$ 31,10). Com isso, o Empreendedor Individual terá direito aos benefícios previdenciários. Disponível em: <<http://www.portaldoempreendedor.gov.br/mei-microempreendedor-individual>>. Acessado em: 17 nov. 2013.

<sup>13</sup> O MNPR é um movimento social composto de pessoas que vivem em situação de rua ou com trajetória de rua e que lutam pela conquista dos direitos que a elas são negados. Historicamente, a luta por direitos sociais é a luta dos "sem direitos" que se organizaram e continuam se organizando para, por meio da força coletiva, avançar. Nesse sentido, a organização da população de rua é fundamental para pressionar o poder público e conquistar leis, decretos e políticas públicas, ou seja, para que as condições de vida dessas pessoas melhorem e para que elas sejam tratadas dignamente pelo Estado brasileiro. (O Trecheiro, edição nº 200 de agosto, 2011).

nessa relação, ao desenvolver, junto com outros atores sociais, mobilizações, com vistas à extensão das políticas sociais a este grupo populacional. Mesmo assim estas políticas ainda são limitadas e restritas, apesar das determinações do Decreto Presidencial nº 7053, de 29 de dezembro de 2009, que institui a política a ser elaborada para a população em situação de rua. São poucas as iniciativas do governo federal e dos demais entes federados sobre o assunto.

De qualquer modo, as políticas existentes para serem alcançadas pela população em situação de rua devem ser implementadas, vinculadas a uma ação educativa permanente dirigida à sociedade em geral, com vistas a romper o preconceito e os estigmas sociais dirigidos a esse grupo populacional, pois o preconceito e a discriminação constituem elementos dificultadores do acesso às políticas sociais. No processo de enfrentamento desse fenômeno por meio de políticas públicas, apesar dos limites que esse tipo de enfrentamento possui no que se refere à alteração das causas estruturais do fenômeno, os direitos humanos devem ser respeitados, igualmente a realização dos direitos sociais. Sabe-se que essa conjugação é um desafio e um percurso inédito a ser feito pelas políticas sociais no país. Entretanto é uma conjugação necessária na perspectiva da cidadania e respeito à condição humana das pessoas em situação de rua. Nessa direção, é fundamental, a apuração dos crimes de grande repercussão nacional cometidos contra a população em situação de rua e a punição dos culpados. Além disso, é fundamental que o tema políticas para população em situação de rua, entre definitivamente na agenda política do governo, as políticas traçadas estejam vinculadas a um projeto societário que aponte para a igualdade de condições sociais e não apenas para minorar o sofrimento desta população causado pela pobreza extrema (SILVA, 2006; 2009; 2010).

Para refletirmos sobre o atendimento à saúde das pessoas em situação de rua no Distrito Federal é preciso considerar a inexistência de atendimento qualificado e adequado pautado pelas recomendações do SUS à população em situação de rua. São evidenciadas em práticas corriqueiras e usuais, como: a recusa de atendimento a esta população por parte do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), a requisição de documentos para o usufruto do atendimento, o preconceito, a insubordinação de serviços e entre outros. Todavia, as evidências revelam que esse objetivo não é plenamente realizado no Distrito Federal, nota-se, a olho nu, as limitações no atendimento às pessoas em situação de rua e os descumprimentos dos acordos nacionais e internacionais de atenção à saúde.

Essa insuficiência de políticas para a população em situação de rua tem contribuído para a expansão do fenômeno, além de ser um fator que contribui para as perseguições a esse grupo populacional por meio dos processos de higienização, vez que precisam utilizar espaços públicos para assegurarem sua sobrevivência.

## **CAPITULO 2 – SAÚDE MENTAL E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL**

A população em situação de rua no Distrito Federal (DF) enfrenta inúmeras barreiras para o acesso à saúde pública de qualidade em decorrência de vários fatores, especialmente do preconceito e da discriminação social sofridos. Desconstruir o conceito do senso comum faz-se necessário, pois ainda permanece o estigma de que as pessoas em situação de rua estão sentenciadas a negação e o acesso direitos fundamentais, e assim permanece a invisibilidade desta população por parte do Estado. O fenômeno população em situação de rua sempre esteve impregnado de construções sociais que se perpetuaram pelos tempos, em um movimento de metamorfose, o qual é perceptível na presença da culpabilização do pobre por sua pobreza e a descaracterização dessas pessoas como cidadãos e sujeitos de direitos.

Para abordar a saúde mental e população em situação de rua do DF, recorremos a PONTES (2009), o qual infere que, em se tratando de dos serviços e atendimentos oferecidos pela saúde pública ao usuário (em geral), que esta exposto a esta situação, há casos de negligencia e/ou desrespeito para com os usuários. Logo identifica-se que a população em situação de rua torna-se ainda mais prejudicada, tendo em vista que esta população é estigmatizada pela pobreza e é vítima de preconceito.

Ainda segundo PONTES (2009), no DF a população em situação de rua lida com as dificuldades que os hospitais públicos diariamente impõem aos usuários, entre elas:

“As longas filas que aparentam não ter fim, e muitas vezes não tem, pois se passam horas e os bancos de espera continuam repletos de pessoas demandando cuidados médicos; A falta de profissionais que reflete a violação do direito a saúde, no qual nem sempre o cidadão consegue atendimento; A falta de material exige muitas vezes que não haja os procedimentos médicos adequados, no qual é corrente a falta de luvas, agulhas, gases, ou seja, materiais indispensáveis para a preservação da dignidade do profissional e do usuário”. (Id. *ibid.* p. 32).

Dentre as dificuldades supracitadas ainda podemos acrescentar dois aspectos, o primeiro é a burocratização do atendimento que exige destes usuários documentação pessoal, a qual na maioria das vezes é inviável para a população em situação de rua devido às dificuldades que encontram para a obtenção e guarda de sua própria documentação. O outro aspecto é a exigência de comprovação de moradia fixa, indisponível para a população em situação, entretanto, indispensável para o registro

de atendimento nos hospitais e centros de saúde, o que implicitamente demarca o atendimento ou não atendimento destes usuários<sup>14</sup>.

Cabe mencionar que o sistema de saúde do DF encontra-se em um processo de extrema especialização, no qual os hospitais oferecem somente um determinado número de especialidades, bem como exigem, muitas vezes o encaminhamento de outras unidades de saúde, impossibilitando o atendimento emergencial, como explicitado no exemplo de PONTES (2009):

“Como é o caso da psiquiatria no Hospital de Base. Ou seja, não é estranho quando os meios de comunicação veiculam notícias que retratam casos de pessoas que buscaram as unidades de saúde, mas que por negligência ou pela extrema especialização dos hospitais, vieram a óbito. Infelizmente, a população do DF ainda depara-se com uma falta de estrutura que possibilita um atendimento médico com falta de leitos, bem como de equipamentos – evidenciando uma relação de descaso e sucateamento” (PONTES, 2009, p. 33 e 34).

Ao analisar o atendimento e serviços de saúde mental demandado pelas pessoas em situação de rua, PONTES (2009) assim define:

“(…) a população de rua<sup>15</sup> do Distrito Federal não demanda outro sistema de saúde, mas sim a concretização dos princípios dispostos na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), não apenas na realização do atendimento, mas também na efetivação de um acompanhamento médico: universalidade de acesso, integralidade, igualdade de assistência e

---

14 Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) terão um cartão válido em todo o território nacional que permitirá o acesso do histórico de atendimento do paciente, como exames, consultas e vacinação. Portaria publicada no Diário Oficial da União desta segunda-feira, dia 02 de Maio de 2011, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde, uma base de dados nacional que permite a identificação dos usuários do SUS, por meio de um número único válido em todo o país.

A meta é implantar o registro eletrônico de saúde em todos os municípios brasileiros até 2014. Ao todo, deverão ser emitidos 200 milhões de cartões, nos próximos três anos, numa ação em conjunto com os governos estaduais e prefeituras para abranger toda a população brasileira. São Paulo (SP) será o primeiro município a testar a integração do sistema com o SUS e já firmou acordo de cooperação tecnológica com o Ministério da Saúde. É importante destacar que as pessoas que não possuírem o cartão não serão impedidas de receber atendimento em qualquer estabelecimento público de saúde. Fonte: PORTAL VERMELHO – Governo quer emitir cartão do SUS para toda a população até 2014. 2 de Maio de 2011, às 19h02. Disponível em: <[http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id\\_noticia=153249&id\\_secao=10](http://www.vermelho.org.br/noticia.php?id_noticia=153249&id_secao=10)>. Acessado em 16 de Nov. de 2013.

15 A autora utiliza a expressão “população de rua” em sua pesquisa. Neste Trabalho de Conclusão de Curso utilizaremos o termo “pessoas em situação de rua”.

preservação da autonomia. Isto é, atendam às vulnerabilidades nas quais a população de rua do DF se insere e que as considere de forma integral; um atendimento, portanto, que não reproduza discriminações e perpetue a desigualdade social. O acesso à saúde deve considerar o segmento população de rua como um conjunto de cidadãos e usuários dotados de direitos, possibilitando o desenvolvimento de ações preventivas, de promoção e de recuperação da saúde”. (PONTES, 2009, p. 61).

Para cercar teoricamente nosso objeto de investigação, neste segundo capítulo, iniciamos a sobre a saúde mental e população em situação de rua no Distrito Federal. Nos próximos tópicos, a abordagem será desenvolvida a partir de quatro tópicos, articulados entre si: O Movimento de Reforma Psiquiátrica (Luta Antimanicomial); A saúde mental como expressão da questão social; Os serviços de saúde do sistema prisional; O atendimento à população de rua do Distrito Federal; e por último, o conhecimento sobre Ala de Tratamento Psiquiátrico do Presídio Feminino de Brasília, a partir da organização, e funcionamento, perfil dos usuários, serviços ofertados e atendimento a população em situação de rua, especialmente no que se refere aos processos de (des) internações de pessoas em situação de rua e a análise das demandas e desafios do Serviço Social no Sistema Prisional.

## **2.1. MOVIMENTO DE REFORMA PSIQUIÁTRICA (LUTA ANTIMANICOMIAL).**

O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, fundado em 18 de maio de 1987, na cidade Bauru, no estado de São Paulo, representou um marco na concepção e intervenção dos serviços psiquiátricos da saúde no Brasil: a Luta Antimanicomial. O Presidente Nacional da Associação Brasileira de Saúde e um dos fundadores da Reforma Psiquiátrica, Paulo Amarante, conta a importância simbólica do dia 18 de Maio, que marca a data que surgiu O Movimento de Reforma Psiquiátrica (Luta Antimanicaomial) no ano de 1987 durante o I Encontro Nacional dos Trabalhadores da Saúde Mental:

“O movimento começou com trabalhadores da área da saúde mental, mas depois vimos que era muito importante envolver a sociedade, levar nossa luta para outros atores, entre os quais, os próprios pacientes, os familiares e outros de movimentos sociais, como os de direitos humanos e da diversidade. Por isso é importante marcar uma data especial para esta luta”, relembra. (TAVARES, 2013, artigo publicado 21 de Maio de 2013).

Ainda segundo Paulo Amarante, a ideia de manicômio passou a ser reconfigurada, não só como estabelecimento do hospício, mas do conjunto de saberes e práticas que falam sobre a loucura, a doença, saberes que são estigmatizadores e segregadores.

No contexto de redemocratização e na mobilização político-social que ocorria naquela época no país, a criação do movimento “Por uma sociedade sem manicômios” começou a ficar evidente, uma vez que o modelo implementado até então não era o mais adequado, e nesse sentido inicia-se o movimento da Luta Antimanicomial, que nasce profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania dos que carregam transtornos mentais.

Aliado a essa luta, nasce o movimento da Reforma Psiquiátrica que também denunciavam os manicômios como instituições de reprodução de violência, e para o enfrentamento alavancaram a construção de uma rede de serviços e planos territoriais e comunitários em perspectivas inclusivas com objetivo de reafirmar a luta pela conquista de direitos das pessoas em sofrimento mental.

Outro marco importante a ser mencionado é a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)<sup>16</sup>, afirmando que a reforma psiquiátrica, não era apenas uma retórica, e sim era possível e exequível.

Para analisar os avanços e retrocessos do Movimento de Reforma Psiquiátrica, também sob orientação do professor Paulo Amarante, que aponta a Luta Antimanicomial vivendo um novo capítulo agora, destaca-se entre os pontos de retrocesso nessa luta: a resistência do modelo hospitalocêntrico<sup>17</sup>; à privatização da saúde, inclusive na área da saúde mental, com o crescente incentivo às comunidades terapêuticas; e a internação compulsória. Por outro lado, em relação aos avanços destacados por pesquisadores e trabalhadores da área podemos citar: os investimentos do Ministério da Saúde mudaram da medicalização para o tratamento, exemplo disso, é a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS); e a

---

<sup>16</sup> O CAPS é considerado a principal alternativa ao modelo de manicômios. Eles são divididos em CAPS dos tipos I, II e III, CAPSI (para crianças e adolescentes) e CAPS AD (álcool e outras drogas), de acordo com o tipo de cuidado e complexidade do caso. Atualmente, conforme dados do Ministério da Saúde, existem 1.981 CAPS em todo o território nacional.

<sup>17</sup> No Brasil, a crítica ao modelo hospitalocêntrico teve seu início no ano de 1978, com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Tal processo, que trouxe importantes mudanças na atenção psicossocial no Brasil.

mudança de pensamento da população que atualmente acredita em maneiras alternativas de cuidado com os pacientes de doenças mentais.

Quanto ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, considerando as perspectivas assumidas pelo serviço social, recorreremos a Bisneto (2009), que traz novas variáveis que dialogam com o Serviço Social.

“Na linha da desinstitucionalização, as instituições psiquiátricas precisam ser analisadas coletivamente (essa é a proposta: as instituições devem ser colocadas em xeque), urgem ser postas em autocrítica e auto-avaliação (Basaglia, 1991). Isto combina com a perspectiva do Serviço Social baseada na práxis e com as correntes baseadas na Análise Institucional. Do mesmo modo, pela Reforma, a psiquiatria deve abrir espaço para outros saberes e poderes (embora, contraditoriamente, a psiquiatria não queira perder seu status social, seu privilégio institucional e sua superioridade hierárquica nas organizações).” (BISNETO, 2009, p.31).

Destaca-se que nas instituições que sofreram influências do Movimento de Reforma Psiquiátrica, as concepções psiquiátricas têm como eixo central a dimensão social e política dos problemas mentais “propiciando a possibilidade e uma direção emancipadora para o campo da Saúde Mental e do Serviço Social.” (Bisneto, J. Augusto; 200, p. 32).

Para entender a relação e a atual configuração da relação entre Saúde Mental Brasileira e a Luta Antimanicomial é importante considerar dois movimentos, segundo Bisneto (2009):

“Movimento Sanitarista: teve seu início nos anos 1970 e tiveram como seus principais militantes médicos e lideranças políticas da saúde, movimento que resultou no que se chama de Reforma Sanitária Brasileira. Significando avanços democráticos na Saúde, os quais foram incorporados à Constituição Brasileira de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>18</sup>.” (BISNETO; 2009: 38).

[...]

---

<sup>18</sup> O SUS conforme BISNETO (2009) determina a universalidade da assistência à saúde como direito do cidadão e dever do Estado, além da descentralização da organização do sistema de saúde, com o repasse para os municípios das ações e serviços locais.

Movimento de Reforma Psiquiátrica: No Brasil, nos anos 1970, os militantes das várias correntes de psiquiatrias e psicologias alternativas se reuniram no Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental e organizaram congressos em níveis regionais e até nacionais, dos quais, na década de 1980, se originou o que chamamos de Movimento de Reforma Psiquiátrica (Amarante, 1995; “Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente”, in Vasconcelos, 2000c). O Projeto de Lei de 1989 o deputado Paulo Delgado, do Partido dos Trabalhadores (PT) de Minas Gerais, que dispõe sobre a substituição progressiva dos manicômios por serviços psiquiátricos alternativos, é um marco histórico da luta antimanicomial, do movimento de desinstitucionalização da Psiquiatria tradicional. (BISNETO; 2009: 35).

Porém, muito ainda há que ser feito para que todos os pressupostos e medidas da chamada, Reforma Psiquiátrica sejam plenamente consolidados no Brasil. No que se refere à população em situação de rua, sabe-se que há uma estreita relação entre a situação de rua e os transtornos mentais associados às pessoas que se encontram nesta situação devido às dificuldades dessas pessoas retornarem à sua vida familiar, dificuldades para conseguirem emprego/renda ou terem um local para morar. Essa relação encontra-se no centro de nosso objeto de pesquisa, ainda que nossa análise volte-se para a reincidência de internação de pessoas em situação de rua na ATP que não apresentam sinais evidentes de terem à saúde mental comprometida.

## **2.2. SAÚDE MENTAL COMO EXPRESSÃO DA QUESTÃO SOCIAL.**

O aprofundamento da crise estrutural do capital no final do século XX provocou mudanças no mundo do trabalho e nas funções do Estado. Tais mudanças viabilizadas sob as diretrizes neoliberais implicaram, por um lado, em desemprego, precarização das relações e condições de trabalho, além da redução de investimentos nos serviços públicos, reformas no aparelho do Estado e em políticas sociais reducionistas e focalizados na pobreza extrema. Um contexto em que a questão social aprofundou-se e suas expressões ganham dimensão exponencial na contemporaneidade. A doença mental constitui uma das expressões da questão social nesse contexto.

Para melhor elucidar a saúde mental como expressão da questão social, recorreremos às análises e produções de LEITE e RODRIGUES (2001), e atualiza-se a

discussão sob a orientação de ROCHA (2012). Iniciamos a reflexão a partir da seguinte afirmativa:

“A diminuição do Estado para a classe trabalhadora, a flexibilização dos direitos, as reformas neoliberais que se guiam por esses princípios marcam a contrarreforma do Estado (BEHRING, 2007), pois, historicamente, todas as reformas foram realizadas pelo avanço das classes trabalhadoras sobre os interesses do capital e, neste momento, vivemos o processo contrário, de desconstrução de direitos. As mudanças realizadas no mundo do trabalho ampliam as múltiplas expressões da questão social, uma vez que tais mudanças acarretam a ampliação do exército industrial de reserva a níveis de desemprego estrutural. Por outro lado, as respostas do Estado às transformações no mundo do trabalho caracterizam-se pelo desmonte dos direitos sociais, das políticas públicas universalizantes e pela focalização da política ao pauperismo extremo”. (ROCHA, 2012, p. 13).

Ou seja, o desemprego, o aumento da informalidade no trabalho, a redução do acesso aos direitos provoca situações de privações extremas que impacta na saúde mental das pessoas. Por outro lado, a precarização dos serviços prestados pelo Estado e o seu direcionamento para as organizações não governamentais, gera uma situação que passa se constituir um dos maiores desafios postos na contemporaneidade aos profissionais que atuam na saúde mental. Esse não é um desafio fácil, segundo LEITE e RODRIGUES (2001), posto que na maioria das interpretações críticas revelem uma estrutura de prestação de serviços apartada das interações entre o Estado e a sociedade civil, das lutas de classe e da "questão social" na ordem burguesa monopólica.

A atuação dos profissionais na saúde mental é orientada pela Portaria 224/92 do Ministério da Saúde, que estabelece as diretrizes do atendimento em ambulatórios, Centros e Núcleos de Atenção psicossocial, normas de internação e leitos psiquiátricos. No âmbito ambulatorial, a portaria define que a atenção à saúde:

(...) deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;

- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde. (Portaria 224 de 1992).

A perspectiva do âmbito ambulatorial foi escolhida propositalmente por representar a diretriz abordada pela Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) do Presídio Feminino de Brasília, que posteriormente será aprofundada na pesquisa, a normatização dos serviços ambulatoriais leva em conta a multiplicidades de procedimentos em saúde mental que passam a ser assegurados como reflexo das demandas do Movimento de Reforma Psiquiátrica.

Segundo ROCHA (2012), os ambulatórios passam a compor a rede de baixa e média complexidade, atendendo o doente mental em seu território e comunidade, sob a perspectiva de sanar e administrar os problemas mentais com psicotrópicos, aliados a terapias e políticas sociais, como, por exemplo, o BPC, destinado a pessoas com deficiência. Portanto, a reforma psiquiátrica reconhece que não é possível reabilitar psicologicamente o indivíduo se suas relações sociais e econômicas são determinadas por expressões da questão social que comprometem a sua saúde mental. Para melhor exemplificar a compreensão da saúde mental como expressão da questão social recorre-se ao seguinte texto sobre a reabilitação psicossocial:

“Neste sentido, insere-se a compreensão de reabilitação psicossocial, que parte do pressuposto que o indivíduo é composto por uma totalidade que abarca a subjetividade e a objetividade e, para reabilitar este sujeito, é necessário articular estas esferas como unidade no tratamento”. (ROCHA, 2012, p. 24).

Por estas e por outras razões é tão enfatizado o fortalecimento da Luta Antimanicomial na atuação dos profissionais de saúde mental, assim como a importância da valorização do saber profissional e no enfrentamento dos reais riscos de desvio de postura profissional. Diante do exposto que a reforma psiquiátrica reconhece a questão social como um dos determinantes do sofrimento mental, reconhecemos também a dimensão social dos sujeitos, que deve ser levado em conta na reabilitação das pessoas em tratamento da saúde mental. Estes aspectos novamente reiterados em ROCHA (2012):

“É necessário aos agentes profissionais terem clareza que sua funcionalidade dentro da saúde mental é, também, atuar sobre as múltiplas expressões da questão social. A valorização do saber profissional nesta

política é mediada pela clareza que os agentes profissionais têm de seu trabalho.

[...]

O ato teológico dos agentes profissionais, que, por diversas vezes, reproduzem a psicologização das relações sociais, ressuscitam práticas de terapias familiares sobre novas roupagens sistêmicas, achando que esta é a saída para instrumentalizar o trabalho neste campo, devido à carência de políticas sociais para intervir sobre as múltiplas expressões da questão social". (ROCHA, 2012, p. 51).

A implementação das mudanças reivindicadas pela luta antimanicomial contribuirá para a promoção da saúde pública de qualidade e redimensionará a perspectiva de tratamento da saúde mental e permitirá avanços sociais significativos.

### **2.3. OS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL NO SISTEMA PRISIONAL.**

Ao tratar dos serviços e atendimentos do Sistema Prisional brasileiro é necessário debruçar-se sobre as diretrizes e normas da Política Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário ou Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial n.º 1777, de 09 de Setembro de 2003, assinada pelos ministros da Saúde e Justiça. Esta Política tem por objetivo organizar o acesso da população penitenciária às ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), com a implementação de unidades de saúde de atenção básica nas unidades prisionais e organização das referências para os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares. As ações e os serviços de saúde definidos no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário são consoantes com os princípios e as diretrizes do SUS.

A atenção básica promove ações desenvolvidas pelas equipes interdisciplinares de saúde, que são compostas por: médicos, enfermeiros, cirurgião dentista, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares ou técnicos de enfermagem e auxiliares de consultório odontológicos, articulados as redes assistenciais de saúde. Há também casos específicos, como por exemplo, o corpo profissional de servidores e agentes da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) do Presídio Feminino de Brasília, que incorporar mais profissionais ao seu corpo técnico profissional, como será mostrado posteriormente. Embora a equipe de saúde faça parte da atenção primária, a

especificidade da saúde prisional requer dos profissionais atendimentos de média e alta complexidade, conforme previsto no Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que tem por finalidade “prover a atenção integral à saúde da população prisional confinada em unidades masculinas e femininas, bem como nas psiquiátricas.” (BRASIL, 2001).

Segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, as equipes interdisciplinares de saúde têm como atribuições fundamentais: planejamento das ações de saúde; promoção e vigilância; e a consolidação do trabalho interdisciplinar em equipe. Para o desenvolvimento desta política, os Ministérios da Saúde e da Justiça disponibilizam alguns recursos como forma de incentivo aos estados e municípios. Entre estes recursos está o incentivo para Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário, componente do Piso de Atenção Básica Variável, destinado ao custeio das ações e serviços de saúde desenvolvidos nas unidades prisionais.

A consolidação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário representa um avanço para o País, na medida em que, pela primeira vez, a população confinada nas unidades prisionais é objeto de uma política de saúde específica, que possibilita o acesso a ações e serviços de saúde que visam a reduzir os agravos e danos provocados pelas atuais condições de confinamento em que se encontram, além de representar sua inclusão no SUS.

Assegurar a promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade é uma responsabilidade do Estado e representa também uma missão e um desafio para profissionais de saúde e cidadãos que acreditam numa sociedade justa e igualitária.

Compreender o funcionamento deste sistema é essencial para desvelar o objeto de pesquisa a partir de aproximações sucessivas do mesmo. As reflexões até aqui desenvolvidas revelam cada vez mais que a reincidência de pessoas em situação de rua na ATP sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental constitui-se uma das expressões da insuficiência de proteção social do Estado em relação a esse grupo populacional e da intolerância social com os diferentes, o que favorece os processos de higienização dos logradouros públicos onde estas pessoas se localizam.

## **2.4. A ALA DE TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO PRESÍDIO FEMININO DE BRASÍLIA.**

### **2.4.1. Organização e funcionamento.**

A Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) da Penitenciária Feminina do Distrito Federal é de natureza pública e destina-se ao tratamento de pessoas em medida de segurança, as quais são consideradas inimputáveis<sup>19</sup> ou semi-imputáveis, uma vez que apresentam doença mental ou que estavam sob o efeito de álcool ou outras drogas no momento em que cometeram delitos impossibilitando-as terem consciência do caráter ilícito da ação praticada e assim devem receber tratamento em modalidade ambulatorial ou hospitalar (BRASIL, 2010a).

Com base nessas informações é levantado o primeiro questionamento a cerca do tratamento e acompanhamento destas pessoas, pois o espaço institucional de uma Penitenciária não é adequado o suficiente para o atendimento das demandas direcionadas às pessoas com a saúde mental comprometida. A isso soma-se o fato de o Distrito Federal não possuir Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), o que impossibilita o tratamento adequado ao contingente carcerário com o perfil das pessoas em situação de rua sob medida de segurança na ATP.

A inexistência de hospital de custódia em Brasília foi motivo para que o Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) tenha entrado com pedido de interdição de novos presidiários na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), na Penitenciária Feminina do Distrito Federal, alegando entre, outras coisas, que a ATP é uma ala prisional, atualmente com nove celas e capacidade para abrigar 50 internos. Mas, no momento, é ocupada por aproximadamente 106 internos.

As atividades de atendimentos na ATP são realizadas de forma integrada com outras políticas públicas e apoio de órgãos governamentais e não governamentais inseridos na rede de proteção social existente. A família do interno é acompanhada de forma sistemática e continuada durante o período de internação e após a desinternação com vistas a sua promoção social, pessoal, econômica e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. As equipes de saúde atendem diariamente

---

<sup>19</sup> Inimputável – é o indivíduo inteiramente incapaz de entender a ilicitude do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento, e este é sujeito à medida de segurança. O Semi-imputável – é o indivíduo que, embora aparentemente são, não tem plena capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se conforme esse entendimento e o Imputável – é o indivíduo mentalmente são e desenvolvido, capaz de entender o caráter ilícito do fato e de determinar-se de acordo com esse entendimento, este é sujeito à pena de reclusão. (vide artigo 26 caput do Código Penal).

dentro dos presídios de 2ª a 6ª nos períodos da manhã e tarde. Nas unidades prisionais onde o número de presos é menor, só há atendimento pela manhã.

A rede socioassistencial é utilizada para o encaminhamento dos internos e familiares e compõe-se de unidades no campo da Educação, Rede de garantia de direitos (Conselhos tutelares, Delegacias, Centros de Referência de Assistência Social, Abrigos, Albergues, etc.), Sistema Judiciário e Ministério Público, Defensoria Pública do DF e da União, e instituições sociais e entidades privadas (ONGs, OSCIPs, movimentos sociais e religiosos, etc.).

Ressalta-se para a promoção de saúde do interno, adaptações adequadas e melhorias nas Unidades de Saúde Prisional, promovendo assim qualidade de vida e preparação para a sua desinternação, por meio de ações especiais da proteção social voltadas ao interno e à sua família. Para isso, as unidades de saúde prisional contam com 10 (dez) equipes multiprofissionais de saúde, compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, cirurgião dentista, auxiliares de consultório dentário, psicólogos e assistentes social, além de farmacêuticos, psiquiatras e terapeutas ocupacional<sup>20</sup>. As equipes organizam-se de acordo com a população carcerária de cada unidade de saúde prisional, conforme o quadro a seguir:

**Quadro I - Demonstrativo das equipes multiprofissionais de saúde por Unidades de Saúde Prisional segundo a população carcerária de cada unidade.**

UNIDADE DE SAÚDE PRISIONAL	POPULAÇÃO	Nº DE EQUIPES
Centro de Detenção Provisória	1.934	02
Centro Internamento e Reeducação	1.287	02
Penitenciária do Distrito Federal I	2.003	02
Penitenciária do Distrito Federal II	1.020	02
Centro de Progressão Penitenciária	804	01
Penitenciária Feminina do DF	457	01
TOTAL	7.505	10

Elaboração própria. Fonte: Gerência de Saúde do Sistema Prisional do Distrito Federal – GESSP/DF<sup>(1)</sup>.

(1) Para iniciar as ações de saúde prisional, no ano de 2004, o Conselho Estadual de Saúde aprovou por meio da Resolução nº 01/2004 e publicou no Diário Oficial nº 60, de 29 de março

<sup>20</sup> No Distrito Federal (DF), além de contar com a equipe de profissionais citados, soma-se a equipe, os profissionais: Farmacêutico, psiquiatra e terapeuta ocupacional.

de 2004, o Plano Operativo Estadual de Saúde do Sistema Prisional do DF. (disponível em <<http://www.saude.df.gov.br/gerencia-de-saude-do-sistema-prisional-gessp.html>>).

Dentro da ATP o quadro profissional pode ser dividido entre dois núcleos principais: o núcleo de saúde e o núcleo de segurança, interdependentes e complementares entre si. Com o monitoramento de coordenadores responsáveis pela gestão e provimento das equipes multidisciplinares no âmbito da ATP, para que as relações entre os dois núcleos ocorram de forma harmônica é necessário articulações cotidianas de correlações de poder e mediações por todo o quadro profissional, traduzidos na disponibilidade e priorização de atividades por ambos os núcleos no atendimento aos internos na ATP.

#### **2.4.2. Perfil dos usuários.**

De acordo com o Censo 2011 - A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil<sup>21</sup>, é possível mostrar um perfil da população interna da ATP. Segundo os dados levantados pelo referido censo, em 2011, na ATP 69% das pessoas internadas tinham entre 25 e 39 anos e 21% tinham entre 40 e 59 anos, sendo que a média etária era de 33 anos. Isso mostra ser uma população relativamente jovem.

Nesse Censo, na população total da ATP os pretos e os pardos somavam 79% das pessoas internadas, e os brancos, 17%. Já nos demais estabelecimentos do país, a população de pretos e pardos era de 44% e a de brancos, de 39%. Portanto, a população de pretos e pardos no Distrito Federal, na ATP, mostrou-se maior que a média nacional.

No que se refere ao sexo, havia, em 2011, na ATP apenas duas mulheres e uma maior concentração de homens, pois assim como nos demais estabelecimentos carcerários do país, há uma predominância de homens encarcerados.

Em relação à escolaridade da população na ATP, 13% eram analfabetos, 50% tinham o ensino fundamental incompleto e 11% tinham o ensino médio. Quanto às condições de saúde dos internos, o censo de 2011 revelou uma concentração de pessoas com esquizofrenia, representando 32% dos casos, todavia, desta população

---

<sup>21</sup> Censo 2011 - A Custódia e o Tratamento Psiquiátrico no Brasil da professora do departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, Débora Diniz (2013), junto ao Ministério da Justiça.

em medida de segurança 21% possuía transtornos mentais devidos ao uso de álcool e outras drogas, 11% retardo mental, 3% transtornos afetivos uni ou bipolares e 3% possuía transtornos de personalidade.

Quanto aos crimes cometidos havia uma concentração de crimes contra o patrimônio, representando 47% dos crimes, seguidos de tentativas de homicídio, representando 18% dos homicídios, 15% dos casos.

O rendimento das pessoas que vivem em situação de rua varia entre R\$ 70 e R\$ 1.000 e apenas 9,9% dos adultos conseguem tirar mais de R\$ 1.000 de renda. A maioria dos trabalhadores é flanelinha e lavador de carro, que correspondem a 21,3%, seguido de catadores com 19,3% e na área de construção civil 12,3%. Os números revelaram que 55,7% da população de adultos em situação de rua já trabalharam com carteira assinada, mas apenas 5,6% ainda trabalham nessa condição. Dos que já tiveram registro, 51,6% fizeram parte do mercado de trabalho formal apenas durante seis anos.

Portanto, de acordo com o censo de 2011 o perfil dos internos da ATP é caracterizado pela maioria de homens negros e jovens, com ensino fundamental incompleto, com presença de esquizofrenia ou transtornos mentais pelo uso de álcool e outras drogas, cujos crimes que estavam envolvidos foram principalmente contra o patrimônio público.

As pessoas em situação de rua atendidas na ATP não fogem a este perfil geral, embora possuam algumas particularidades que serão tratadas posteriormente. Conforme já mencionado, a identificação das pessoas em situação de rua sob medida de segurança na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP), do Presídio Feminino de Brasília aconteceu a partir das primeiras atividades realizadas no campo de estágio supervisionado em Serviço Social I quando se percebeu reincidências de internações dessas pessoas, sem o registros oficiais e fugindo aos padrões normais de internação na ATP.

#### **2.4.3. O atendimento à população em situação de rua.**

As atividades de atendimento na ATP são realizadas, dentro do possível, de forma articuladas a com outras políticas públicas. No caso das pessoas em situação de rua sob medida de segurança na ATP há várias especificidades, tais como: não há

prioridade do acolhimento e acompanhamento de demandas destas pessoas devido a também não haver responsáveis pelo atendimento aos mesmos; há falta de vestimentas, dificuldade para obtenção de materiais de limpeza e higiene pessoal, uma vez que as roupas utilizadas pelos internos são doadas; entre outras relações que submetem estas pessoas a relações de profundo isolamento e desamparo.

A busca pela família do interno é acompanhada de forma sistemática e continuada durante o período de internação e após a desinternação com vistas a sua promoção social, pessoal, econômica e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Entretanto, para as pessoas em situação de rua a busca pode trazer percalços, que interferem diretamente na localização ou contato com a família. Por exemplo, nas seguintes situações: a família demonstra repulsão ao interno ou ao contrário o próprio interno manifesta a repulsão pela família; e na recorrente falta de documentações pessoais, que dificultam ainda mais a identificação destas pessoas.

O atendimento das equipes de saúde é semanal dentro dos presídios de segunda à sexta-feira, nos períodos da manhã e tarde no horário demarcado entre as oito horas da manhã até às dezessete horas da tarde. Os dias de visitas familiares são marcados todas, às quintas-feiras, nos períodos da manhã e tarde, mediante ao registro, identificação e revista das visitas cadastradas. Nas unidades prisionais onde o número de presos é menor, só há atendimento pela manhã.

O objeto de nossa pesquisa reflete a principal problemática no atendimento às pessoas em situação de rua na ATP, a reincidência de internação dessas pessoas. Notou-se situações de reincidência de internações sem o registro institucional, a falta de documentação/identificação, a lentidão dos processos judiciais e a desinternação sem acompanhamento. Há uma grande disparidade entre as demandas destas pessoas e os atendimentos realizados, havendo lacunas na compreensão dos motivos destas dissonâncias. Se, por um lado, é evidente a incapacidade do Estado de atender plenamente as necessidades específicas desta população, principalmente nos campos relacionados à saúde, segurança e assistência social, trabalho e moradia, por outro lado, alguns aspectos poderiam ser atendidos, como destacaremos a seguir.

Para fundamentar a afirmação apresento três exemplos: a) Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), recomendado por contratos internacionais de saúde sob a intermediação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o atendimento aos usuários e adequado ao contingente carcerário poderiam ser úteis a este grupo populacional atualmente

encaminhado à ATP. Todavia, não existe no Distrito Federal esta modalidade de hospital. Assim, nota-se que o Distrito Federal é omissivo no atendimento às pessoas em situação de rua, sob medida de segurança na ATP e também em relação aos acordos sobre saúde mental, apesar de possuir uma grande população carcerária com a saúde mental comprometida; b) quanto à segurança pública destaco os grandes eventos nas cidades, percebem-se cada vez mais acentuados confrontos entre agentes de segurança do Estado e grupos populacionais que desenvolvem atividades produtivas nas ruas, principalmente as pessoas em situação de rua. No Distrito Federal, essas pessoas, ainda que não possuam a saúde mental comprometida, são encaminhadas e/ou procuram à ATP, mas suas passagens por lá não são registradas; c) na assistência social nota-se a dificuldade de acesso desse grupo populacional aos benefícios assistenciais, as internações na ATP, se fossem registradas possibilitariam o atendimento dos requisitos de internação periódica do usuário para o acesso ao benefício do Programa “De volta pra casa”<sup>22</sup>, todavia isso não ocorre.

Assim, é limitado o atendimento da população em situação de rua na ATP, ainda que ocorra reincidência de internações destas pessoas nesta unidade de atendimento, inclusive sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental, como já foi anunciado anteriormente.

#### **2.4.4. (des) internações de pessoas em situação de rua.**

O desvelar do objeto de pesquisa exige a compreensão do processo de (des) internação na ATP uma vez que o mesmo tem como eixo as reincidências de Internações na ATP de pessoas em situação de rua sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental.

Para fundamentar relação (des) internação dos egressos prisionais em situação de rua é necessário fazer um resgate histórico desde a década de 1970, pois segundo Rosa (2005), já naquela época surgiram as primeiras notícias da população em situação de rua no Brasil e destaca que existem egressos penitenciários que se encontram em situação de rua:

---

<sup>22</sup> Bolsa destinada aos usuários que cumprem 1 ano de medida de segurança com objetivo de conceder o auxílio de reabilitação psicossocial no retorno a sociedade com valor de R\$ 320,00 reais mensais, assim os casos de reincidência não sendo registrados e a internação das pessoas relativamente passageira, fica ainda mais difícil à concessão desses benefícios.

“na década de 1970, surgem notícias que relacionam a vida nas ruas à ausência de condições de trabalho, o que provocaria a ocupação dos espaços públicos sob viadutos e casas abandonadas das áreas centrais da cidade, as quais, por sua vez vão sofrendo um processo de deterioração. Mas nas reportagens dessa década, observa-se uma diversidade de denominações para a população que se abriga na rua: favelados, desabrigados, encortiçados, mendigos, pedintes, vadios, migrantes e imigrantes recém-chegados, alcoólatras, psicopatas, toxicômanos, carentes, população de rua, egressos de prisão, perigosos, indesejáveis, indigentes, marginalizados e prostitutas”. (ROSA, 2005, p.50).

Sabe-se que os egressos prisionais sofrem maiores dificuldades para o retorno à sua vida familiar, à luta para conseguir emprego/renda, ter um local para morar. Por todas essas dificuldades alguns egressos optam pela reincidência criminal (por não conseguir emprego e para continuar mantendo as condições econômicas para sobreviver, resolvem continuar ou iniciar a vida no crime). Entretanto, quando se trata de egresso prisional em situação de rua, deparamos com preconceitos maiores. Deparamos com uma cultura de intolerância frente aos “diferentes e/ou aos desiguais”, ou seja, uma população que “não se enquadra logo ele é o outro, o que não faz parte, que precisa ser afastado ou reintegrado” (VIERA, BEZERRA & ROSA, 1994, p. 100).

Para melhor compreender a problemática enfrentada pelos egressos em situação de rua recorreremos ao acesso aos dados de prontuários e a análise documental das pessoas em situação de rua na ATP, que estão em processo ou já conseguiram a desinternação do sistema prisional. Os resultados fomentaram no capítulo 3, desta pesquisa, ajudarão a responder questionamentos pertinentes à existência destas pessoas e as maiores dificuldades enfrentadas em virtude da condição de egresso prisional.

#### **2.4.5. Demandas e desafios do serviço social no sistema prisional.**

Antes de mencionar as principais demandas e desafios do serviço social no sistema prisional faz-se necessário uma breve reflexão sobre a relação entre o serviço social e as políticas sociais.

O serviço social, historicamente, relacionou-se com as políticas sociais no Brasil, inclusive por ser uma das profissões que intervém no processo de reprodução social, no território das disputas entre o capital versus o trabalho, cuja ação repercute diretamente na vida dos sujeitos sociais para os quais o seu trabalho é dirigido.A

profissão vivencia no cotidiano profissional alterações significativas que diversificam e complexificam os espaços sócio-ocupacionais, mediante novas formas às condições objetivas de trabalho e às demandas e requisições profissionais, com incidências sobre a autonomia profissional. Todavia, as políticas sociais são campos privilegiados de atuação profissional, ainda que:

“do ponto de vista econômico, as políticas que vêm sendo implementadas pelo atual governo não rompem com o favorecimento do capital financeiro, não assumiram um intenção radical de reestruturar a organização do trabalho em favor dos trabalhadores e não caminham para uma efetiva socialização da riqueza produzida.” (Behring e Boschetti, 2009, p. 196).

Atualmente encontramos em um cenário de desalentador, em que a vida encontra em “estado de emergência”, enfrentamos um cenário sobre ameaças constantes, os quais exigem assistentes sociais uma atuação profissional voltada para a direção de ações protetivas do Estado, precisamos necessariamente de “ações governamentais incisivas e radicais” para que as reivindicações sociais sejam asseguradas.

Os assistentes sociais, por meio de seu trabalho, volta-se para o enfrentamento das expressões da questão social, o que exige posicionamento ético-político firme e coerente uma vez que não existe neutralidade técnica e ética:

“No desenvolver da ação profissional, o Assistente Social se vê envolvido em situações que não podem e nem devem ser compreendidas, analisadas de maneira superficial, uma vez que o sucesso de sua intervenção depende da “leitura” que ele faz. O assistente social tem um papel relevante nessa realidade, mas como já foi dito, é preciso que saiba munir-se dos instrumentos que permitem uma leitura especial da realidade. Leitura que se faz em função de uma necessidade ou interesse da prática profissional que venha desenvolver. É evidente que essa leitura, apesar de objetiva, não será neutra. Ao contrário, estará sempre relacionada à sua visão do mundo e ao rumo dos acontecimentos gerados pela estrutura social. Costumamos dizer que esses acontecimentos perpassam a estrutura como movimentos cíclicos e criam certas situações especiais e que chamamos “conjuntura”. [...] que exige não somente um conhecimento detalhado de todos os elementos julgados importantes e disponíveis de uma situação determinada, como exige

também um tipo de capacidade de perceber, compreender, descobrir sentidos, relações, tendência a partir dos dados e das informações”. (SOUZA, 1984, p. 08).

No que se refere ao Serviço Social da ATP é preciso dizer que no cotidiano do trabalho profissional percebe-se um grande esforço e compromisso dos profissionais com o fortalecimento do projeto ético-político profissional. Para elucidar a importância deste projeto recorreremos a Behring e Boshetti:

“Ao adotar a liberdade como valor central, nosso projeto assume, o ‘compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. Conseqüentemente, o projeto profissional vincula-se a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem dominação e/ou exploração de classe, etnia, ou orientação sexual’ (CFESS, 1993). [...] que reafirmar direitos e políticas sociais no âmbito do capitalismo e lutar por eles, tendo como projeto uma sociedade justa e igualitária, não significa contentar-se com os direitos nos marcos do capitalismo. Essa é uma estratégia para o estabelecimento de condições objetivas de construção de outra forma de sociabilidade. Quando temos clareza de seus limites, bem como de sua natureza contraditórias, vemos a política social como ela é: pode assumir tanto um caráter de espaço de concretização de direitos dos trabalhadores, quanto ser funcional à acumulação do capital e à manutenção do status vigente”. (BEHRING e BOSHETTI, 2008, p. 195).

No âmbito da ATP, o esforço dos profissionais de serviço social em desenvolverem ações que possam fortalecer os valores e compromissos referenciados pelo projeto ético-político pode ser notado de várias formas, vez que sua atuação desenvolve-se em várias dimensões. A atuação desses profissionais se dar no âmbito de uma rede socioassistencial na qual o profissional pode acionar e/ou utilizar para encaminhamento de atendimento dos internos e familiares, em especial, com o campo da Educação, Rede de garantia de direitos (Conselhos tutelares, Delegacias, Centros de Referência de Assistência Social, Abrigos, Albergues, etc.), Sistema Judiciário e Ministério Público, Defensoria Pública do DF e da União, e instituições sociais e entidades privadas (ONG’s, OSCIP’s, movimentos sociais e religiosos, etc.).

A intervenção profissional realizado pelo assistente social direciona-se, entre outras coisas, para o acesso aos programas de transferência de renda, benefícios previdenciários e assistenciais, programas e serviços da política de assistência social e fortalecimento de vínculos dos internos com seus familiares, com vistas sua futura

desinternação. A procura por benefícios como, aposentadoria e auxílios por parte dos internos e seus familiares independentemente da iniciativa da assistente social, se dá com o propósito de o usuário ao ser desinternado poder contar com meios para atender às suas necessidades básicas. Os benefícios mais procurados são o Benefício de Prestação Continuada<sup>23</sup> e a aposentadoria por invalidez.

Outro mecanismo de promoção dos egressos da ATP, assim como de qualquer HCTP, é o Programa de Volta Para Casa, criado pela lei federal 10.708, votada e sancionada em 2003, que tem por objetivo “contribuir efetivamente para o processo de inserção social das pessoas com longa história de internações em hospitais psiquiátricos, através do pagamento mensal de um auxílio-reabilitação, no valor de R\$240,00 (duzentos e quarenta reais, aproximadamente 110 dólares) aos seus beneficiários.” (BRASIL, 2005:16).

O atendimento à saúde dos internos do sistema prisional pelo serviço social só terá efetivo resultado se as demais políticas sociais oferecerem retaguarda de serviços, benefícios e acesso a serviços que promovam e garantam direitos. A função do assistente social da saúde é distinta da função do assistente social da segurança pública, preservando-se, porém as competências e atribuições privativas nos termos de lei que regulamenta a profissão. De acordo com o fluxo de atendimento do Serviço Social<sup>24</sup> voltado para a saúde prisional é estruturado, levando em conta:

- Atendimento Direto aos usuários e seus familiares;
- Atribuições do Serviço Social voltadas para os Programas de Saúde;
- Intervenção do Serviço Social no Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários álcool/outras drogas;
- Determinantes Sociais do Processo Saúde – Doença no contexto prisional;
- Planejamento voltado para as Estratégias de Ação em Articulação com a equipe de saúde;
- Participação e Controle Social, Qualificação e Formação Profissional.

---

<sup>23</sup> Art. 203. da Constituição Federal de 1998, segundo o qual, a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

<sup>24</sup> Elaborado pelo Protocolo de Atendimento do Serviço Social na Saúde Prisional do Distrito Federal, junto a Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde formada pelos Assistentes Sociais das Unidades Prisionais do DF para a área: Gerência de Saúde do Sistema Prisional e Gerência de Serviço Social (2010).

Os processos de desinternação são acompanhados e vinculados ao acompanhamento e participação por parte dos internos da ATP nas atividades realizadas nos Centro de Atenção Psicossocial<sup>25</sup> e em grande medida atrelada à responsabilidade da família em acolhê-los. No entanto, nem todos aqueles que estão aptos a serem desinternados, ou seja, aqueles que tiveram sua periculosidade cessada<sup>26</sup> possuem família que deseja ou possa se responsabilizar pelo cuidado e acompanhamento destes sujeitos que têm como alternativas os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)<sup>27</sup> e as Comunidades Terapêuticas.

Os SRTs ou residências terapêuticas “são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não.” (BRASIL, 2005:14b). Já as Comunidades Terapêuticas se diferem por se destinarem a pessoas que fizeram o uso abusivo de drogas, as quais são quase todas de responsabilidade de grupos evangélicos que têm pressionado imensamente os governos em relação às internações compulsórias, pois favorecerão a estas comunidades.

Estes elementos associados às já marcantes características da população em situação de rua, são intensificados com a realização dos grandes eventos sediados nos centros urbanos das capitais que não proporciona benefícios a esse grupo populacional, pelo contrario, despertam interesse do capital pelo espaço utilizado por estas pessoas.

---

<sup>25</sup>CAPS: devem ser substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico, começaram a surgir na década de 80. Atenção Básica articulada à Saúde Mental: “[...] constroem coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial.” (BRASIL, 2005:25b).

<sup>26</sup> Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984 – institui a Lei de Execução Penal no Título 6 Capítulo II Art. 176 dispõe acerca da cessação da periculosidade “Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior.”.

<sup>27</sup> “Embora as residências terapêuticas se configurem como equipamentos da saúde, estas casas, implantadas na cidade, devem ser capazes em primeiro lugar de garantir o direito à moradia das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos e de auxiliar o morador em seu processo – às vezes difícil – de reintegração na comunidade.” (BRASIL, 2005:14b).

Importante ressaltar as particularidades que regem o espaço de atuação profissional do assistente social na ATP. Este é um local onde a segurança exerce um papel repressor e de caráter criminalizador dos sujeitos sociais, usuários do Serviço Social, isso impõe limites ao trabalho profissional. Remete-se então aos assistentes sociais maiores desafios imbricadas nas diversas expressões da questão social, dentre elas, as pessoas em situação de rua, que tiveram como respostas do Estado ao longo da história, mediadas de caráter focalizado, criminalizador e repressivo. Neste contexto torna-se necessário que o assistente social, com base no projeto ético-político da profissão, em paradoxo aos princípios do sistema capitalista, possa munir-se de instrumentos que o possibilite fazer uma leitura crítica da realidade na perspectiva de compreendê-la para intervir com maior segurança no sentido de mudá-la. O maior desafio é proporcionar condições de vida aos indivíduos em situações mais adversas, reforçando a direção de uma transformação social .

### **CAPITULO 3 – E AS REINCIDÊNCIAS DE INTERNAÇÕES DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATP SEM SINAIS EVIDENTES DE SAÚDE MENTAL COMPROMETIDA.**

Este terceiro e último capítulo traz os elementos centrais para compreensão do objeto de pesquisa: a reincidência de pessoas em situação de rua na ATP sem sinais evidentes de saúde mental comprometida. Pois, primeiramente, traz uma reflexão sobre política social no contexto de crise estrutural do capitalista, que em seu bojo anuncia uma concepção de Estado e política social; posteriormente nos traz uma breve reflexão sobre as políticas sociais voltadas para população em situação de rua no Distrito Federal e por último, traz de forma organizada e sumariamente analisados os dados e informações obtidos a partir da análise de prontuários de pessoas em situação de rua atendidas na ATP e dos questionários aplicados e entrevistas realizadas junto aos profissionais da equipe multidisciplinar técnica dos núcleos de saúde e segurança da ATP (1 Assistente Social, 1 Psicólogo, 1 Agente de Atividades Penitenciária, além dos coordenadores do Núcleo de Saúde e Núcleo de Segurança da ATP) em caráter complementar às informações institucionais.

Aqui é preciso registrar que os resultados obtidos com a pesquisa documental e a pesquisa exploratória complementar à documental permitiram aproximações sucessivas do objeto de pesquisa e forneceram subsídios para maior conhecimento tanto do fenômeno população em situação de rua, quanto dos serviços de atendimento do sistema prisional, dirigidos a esta população e, também da relação entre o fenômeno população em situação de rua e as políticas sociais. Vale lembrar que foram selecionadas 4 pessoas em situação de rua sob medida de segurança na ATP cujos prontuários foram analisados. Os critérios de seleção foram: terem sido acompanhados durante o período de estágio na ATP; terem ficado mais de um ano internado na ATP; estarem em situação de rua em Brasília; e concordarem em participar da pesquisa. Portanto, os dados obtidos serão apresentados neste capítulo para mostrar o perfil destes usuários da ATP e a sua relação com esta unidade.

No que se refere à aplicação de questionário e realização de entrevistas, foram realizadas entrevistas com Assistente Social, Psicóloga, Agente de Atividades Penitenciária, representantes da equipe técnica multidisciplinar além dos coordenadores de saúde (Enfermeiro) e segurança da ATP (Agente de Atividades Penitenciária – Chefe de Pátio). Ressalta-se que a escolha dos profissionais foi aleatória, correspondendo o percentual de 50% do quadro total de profissionais. Ou seja, de 10 profissionais do quadro de funcionários ativos na ATP, foram selecionados

5 (cinco) profissionais da equipe técnica multidisciplinar, incluindo seus coordenadores para a aplicação dos questionários, sendo 3 (três) profissionais das equipes multidisciplinar técnica e somados mais 2 (dois) coordenadores dos núcleos de saúde e segurança.

Ressalta-se que tanto a análise dos prontuários, quanto a aplicação de questionário e realização de entrevistas em caráter complementar foram precedidos de autorização prévia das autoridades governamentais, por meio do memorando nº741, de 24 de Outubro de 2013, da Subsecretaria do Sistema Penitenciário (SESIPE) e por meio do ofício nº 23.806 de 2013, da Vara de Execuções Penais do Distrito Federal e Territórios (Anexo I), e também, no caso dos questionários e entrevistas todos sob o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (Anexo II). O questionário foi composto por questões abertas e fechadas (Anexo III).

É preciso alertar previamente que a aplicação do questionário anteriormente a entrevista provocou algumas respostas destoantes, especialmente no que se referente à questão: “Durante o tempo que você trabalha na ATP conheceu algum caso de reincidência de pessoas em situação de rua na ATP sem sinais evidentes de ter a saúde mental comprometida?” que corresponde ao conteúdo das questões de número 10 (dez) do questionário para equipe técnica multidisciplinar e questão 13 (treze) do questionário para os coordenadores. Assim, considerando as gravações realizadas, as respostas mais completas e fato de terem sido realizadas após a aplicação dos questionários serão utilizadas as respostas obtidas por meio da entrevista semiestruturada cujo roteiro contem as mesmas perguntas do questionário.

Assim, neste capítulo, são apresentadas as análises sobre a reincidência de internações de pessoas em situação de rua na ATP, as quais apontam sua decorrência da *insuficiência das políticas públicas para população em situação de rua no Distrito Federal*. Estas análises estão organizadas e fundadas a partir de em quatro eixos: a política social no contexto de crise do capital, um olhar sobre as políticas para população em situação de rua no Distrito Federal; o perfil das pessoas em situação de rua no Distrito Federal e, as reincidências de internações de pessoas em situação de rua na ATP sem sinais evidentes de saúde mental comprometida, com ênfase na pergunta: o que provoca?

### **3.1. A política social no contexto de crise estrutural do capitalismo.**

A reflexão sobre a crise do capital aqui desenvolvida baseia-se em Mészáros (2009), para o qual, a crise vive-se uma crise estrutural do capital em largas proporções, a qual vincula-se ao avanço do neoliberalismo e a necessidade da reestruturação do capital nas esferas da produção e da reprodução social. Neste contexto de crise, o capital passa a influir de forma determinante as relações entre Estado e sociedade e as funções do Estado e do mercado, assim redefinindo as dimensões políticas, econômicas e sociais. As análises atribuídas à crise permitem a compreensão de uma conjuntura explícita no caos do sistema financeiro que se manifesta no impasse da economia mundial, com prospecção de consequências devastadoras para o âmbito ambiental, social e econômico em nível mundial.

As transformações societárias ocorridas continuamente no mundo capitalista afetam diretamente o trabalho em nível mundial. Segundo Mészáros (2009), desde a revolução industrial até os dias de hoje, da chamada “globalização intensificada”, vem ocorrendo uma desorganização em toda a estrutura da sociedade, abalando e destruindo a soberania do Estado-Nação e retirando do trabalhador seus direitos, em uma ótica que acarretar maiores implicações para a questão social: o aumento da desigualdade e da pobreza. As transformações que ocorrem no mundo do trabalho, com o processo de acumulação capitalista e a “flexibilidade” no processo de trabalho, apresentam a desregulamentação dos direitos do trabalho, impulsionado pelo avanço tecnológico.

Assim compreendidas as recentes transformações societárias são reveladas as estratégias neoliberais e a reestruturação produtiva no Brasil pela ampla abertura de capital, privatização de empresas estatais, terceirização de trabalhadores, demissão e produtividade cada vez mais alta. Economicamente os trabalhadores são excluídos de seus empregos estáveis e se transformam em trabalhadores informais, sem garantias nem direitos e sem esperança de serem inserido novamente no mercado de trabalho estável, seguro. Os principais sinais referentes à atual crise estrutural transparecem através de suas manifestações, são eles o desemprego estrutural, a destruição ambiental e as guerras permanentes.

No contexto de crise, o Estado, como ente político permeado por interesses contraditório do capital e do trabalho, se torna cada vez mais submetido econômica e politicamente aos interesses dominantes do capital. Os serviços sociais públicos que são praticamente destruídos e o Estado, através de seu enxugamento, distribuiu o

fundo público de forma desigual, favorecendo a sustentação do capital. Assim, as políticas sociais, que também são determinadas pela condição estrutural do capital e pela luta de classes, tornam-se focalizadas na pobreza extrema ou são privatizadas, pela intermediação do Estado, o que impactar diretamente no conjunto da proteção social.

Aqui vale ressaltar que a concepção de política social que orienta este trabalho é a expressa por Behring (2009), bem delimitada no trecho a seguir:

“a política social é abordada a partir da perspectiva crítico-dialético. Esta tem a potencialidade de evitar abordagens unilaterais, monocausais, idealistas, funcionalistas e a históricas. Trata-se de analisar as políticas sociais como processo e resultado de relações complexas e contraditórias que se estabelecem entre o Estado e a sociedade civil, no âmbito dos conflitos e luta de classes que envolvem o processo de produção e reprodução do capitalismo, nos seus grandes ciclos de expansão e estagnação, ou seja, problematiza-se o surgimento e o desenvolvimento das políticas sociais no contexto da acumulação capitalista e da luta de classes, com a perspectiva de demonstrar seus limites e possibilidades. A condição histórica e social da política social deve ser extraída do movimento da sociedade burguesa, em geral e também nas manifestações particulares nos Estados nacionais”. (BEHRING, 2009, p. 304).

A autora continua sua linha de pensamento e nos revela as principais formas para enfrentar os avanços neoliberais no contexto da crise do capital, assim reforçando o fortalecimento e a construção de alianças entre os movimentos sociais na luta por políticas sociais universais, como podemos vê a seguir:

“Apenas a organização política e a construção de alianças sociais sólidas no campo dos trabalhadores em trono de um projeto de resistência a essas tendências serão capazes de contê-las, nesses tempos difíceis. A defesa de políticas sociais universais e a disputa pelo fundo público destinado aos trabalhadores são tarefas dos próprios trabalhadores”. (BEHRING, 2009, p. 318).

Para fechar a linha de pensamento dos autores citados é ainda necessário atentarmos e combater políticas sociais residuais com caráter neoliberal. E é necessário “reconhecer que a consolidação da democracia, da cidadania e das políticas sociais, como antessala da construção de uma sociedade, requer o fortalecimento das lutas trabalhadoras; [...] requer ver a sociedade como,

parafrazeando Marx, “teatro de toda historia” e, portanto, prenhe de interesses contraditórios e forças em confronto”. (BEHRING e BOSHETTI, 2008, p. 199).

Dessa forma, é preciso enfatizar a necessidade de organização dos trabalhadores na perspectiva de construção de uma nova ordem social e superação do jugo da exploração e da opressão. Mézáros aponta como soluções já tentadas na história como a saída social democrata, socialismo evolutivo, o Estado de Bem Estar Social e a promessa da fase mais elevada do socialismo. Todavia, para o autor, pensar a mudança sem erradicar o capital seria deixar latente a possibilidade do capital voltar, ser “restaurado”. A mudança, para Mézáros, precisa ser estrutural e radical, extirpando o capital pela raiz.

### **3.2. BREVE OLHAR SOBRE AS POLÍTICAS PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL.**

As políticas voltadas para a população em situação de rua no Distrito Federal são recentes. Quando analisamos o compromisso do Governo do Distrito Federal (GDF) com esta população, nos deparamos com um legado de descaso e omissões, de forma que a implementação e efetivação de políticas voltadas para esta população caminha a passos lentos. A adesão do GDF à Política Nacional para População em Situação de Rua e a instalação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para Inclusão de Pessoas em Situação de Rua<sup>28</sup> foram iniciativas recentes e desafiadoras para a garantia da promoção do trabalho intersectorial e dos direitos sociais à população em situação de rua no Distrito Federal.

Adesão do Distrito Federal à Política Nacional para população em situação de rua instituída pelo Decreto 7053/2009 vem sendo construída desde 2012 sob os embalos da repercussão negativa do episódio em que pessoas em situação de rua

---

<sup>28</sup> O Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para Inclusão da População em Situação de Rua foi instituído pelo Decreto Nº 33.779, de 06 de julho de 2012, é coordenado pela Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (Sedest). Os representantes dos órgãos do DF e sociedade civil foram designados pela Portaria Nº 29, de 13 de dezembro de 2012. O Comitê Intersetorial é responsável por promover o fortalecimento do trabalho intersectorial, garantindo a articulação da rede de proteção às pessoas em situação de rua e o controle social da política para população em situação de rua. O Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para Inclusão de Pessoas em Situação de Rua se reunirá a cada dois meses. Disponível em <<http://www.jornaldebrasil.com.br/site/noticia.php?gdf-adere-a-politica-nacional-para-populacao-em-situacao-de-rua&id=464030>> acessado 22 de nov. de 2013.

foram incendiadas em fevereiro de 2012. Uma primeira medida do governo do Distrito Federal nessa direção foi à criação do o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP Brasília) inaugurado em julho de 2012, como forma de redução das críticas e pressões sociais. A política do GDF para a população em situação de rua foi sendo elaborada paulatinamente, de modo que foi instituída por meio do Decreto nº 33.779 publicado no Diário Oficial do Distrito Federal (DODF) <sup>29</sup> de 09 de julho de 2012. Todavia, somente em dia 16 de abril de 2013<sup>30</sup>, houve a solenidade oficial de adesão, com a assinatura do governador do Distrito Federal, Agnelo Queiroz, do termo de adesão à Política Nacional para população em situação de rua e a instalação do Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política para Inclusão de Pessoas em Situação de Rua - CIAMPRua.

O Jornal de Brasília, em edição de 16 de abril de 2013, traz um artigo “GDF adere à Política Nacional para População em Situação de Rua” de autoria da própria Redação do Jornal de Brasília. Neste artigo, sugere que o termo de adesão assinado reafirma os princípios defendidos pela política nacional, tais como: respeito à dignidade da pessoa humana, direito à convivência familiar e comunitária; valorização e respeito à vida e à cidadania; atendimento humanizado e universalizado; e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

O artigo sugere também que foram reafirmadas as diretrizes direcionadas a promoção dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e ambientais; a integração dos esforços do poder público e da sociedade civil para a execução da política; o fortalecimento da participação da sociedade civil na elaboração, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas, por meio de entidades, fóruns e organizações da população em situação de rua; incentivo e apoio à organização da população em situação de rua; implantação e ampliação das ações educativas destinadas à superação do preconceito e de capacitação dos servidores públicos para melhoria da qualidade e respeito no atendimento deste grupo populacional, como destacado no trecho a seguir:

---

<sup>29</sup> Disponível em: < <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/38532824/dodf-secao-01-09-07-2012-pg-62>>. Acessado dia 6 de dez. de 2013.

<sup>30</sup> Disponível em: < <http://www.brasil.gov.br/governo/2013/04/populacao-em-situacao-de-rua-no-df-sera-beneficiada-por-politica-nacional>>. Acessado em 6 de dez. de 2013.

“Para além da garantia dos princípios e diretrizes assegurados pela Política Nacional, é preciso o acesso amplo aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; proporcionar o acesso das pessoas em situação de rua aos benefícios previdenciários e assistenciais e aos programas de transferência de renda, implementar ações de segurança alimentar e nutricional que proporcionem acesso permanente à alimentação pela população em situação de rua, e disponibilizar programas de qualificação profissional, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho.

O programa<sup>31</sup> estabelece ainda que os serviços de acolhimento temporário devem ser reestruturados e ampliados para incentivar sua utilização pelas pessoas em situação de rua, e articulados a programas de moradia popular promovidos pelos Governos Federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal. O padrão básico de qualidade, segurança e conforto da rede de acolhimento deverá observar limite de capacidade, regras de funcionamento e convivência, acessibilidade, salubridade e distribuição geográfica das unidades de acolhimento nas áreas urbanas, respeitado o direito de permanência da população em situação de rua, preferencialmente nas cidades ou nos centros urbanos” (artigo publicado no Jornal de Brasília, por Redação do Jornal de Brasília, dia 15 de abril de 2013).

No que se refere à política objeto do Decreto nº 33.779, vale destacar que o Distrito Federal é a primeira unidade da federação a aderir à Política Nacional para População em Situação de Rua. A adesão à Política e a implantação do Comitê beneficiará não somente a população em situação de rua do DF, mas a sociedade como um todo. A Política Nacional para a População em Situação de Rua possui os seguintes princípios: promoção e garantia da cidadania e dos direitos humanos; respeito à dignidade do ser humano, sujeito de direitos civis, políticos, sociais, econômicos e culturais; direito ao usufruto, permanência, acolhida e inserção na cidade; não-discriminação por motivo de gênero, orientação sexual, origem étnica ou social, nacionalidade, atuação profissional, religião, faixa etária e situação migratória; supressão de todo e qualquer ato violento e ação vexatória, inclusive os estigmas negativos e preconceitos sociais em relação à população em situação de rua.

---

<sup>31</sup> O programa diz respeito à Política Nacional para População em Situação de Rua.

Segundo a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social e Transferência de Renda (Sedest)<sup>32</sup>, serviços do governo são disponibilizados para pessoas em situação de rua. Atualmente, existem quatro equipes de abordagem social, compostas por educadores sociais de rua, que atendem pessoas em situação de rua em todo o Distrito Federal. O objetivo do serviço é auxiliar na construção do processo de saída das ruas e possibilitar condições de acesso à rede de serviços e a benefício assistenciais.

A obtenção de uma rede de proteção estruturada poderia sanar as principais problemáticas provenientes da insuficiência das ações do Estado, porém na prática a adequação e fomentação da rede existente não são mantidas, resultando assim, em uma série de instituições, centros, estabelecimento e entre outros, pela qual a égide de funcionamento e atendimento persevera as políticas desarticuladas, e que não trabalham realmente as particularidades de cada usuário que recorre aos programas, serviços e planos do governo, tais como: o acompanhamento com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Consultório na rua e dentre outros órgãos que compõe a rede proteção social existente; Orientações e encaminhamentos para Programas e Benefícios socioassistenciais, bem como Bolsa social do Ministério da Saúde dos programas “De Volta para Casa” e “Vida em Casa”; Acompanhamento familiar após a desinternação, em conformidade com Plano de Atendimento a Interno Segurado (PAIS). O que demonstra realmente existir uma rede proteção social estruturada, mais ainda insuficiente e incompatível com os princípios e diretrizes apresentados pelo Decreto nº 7.053, de 2009. Ressalta a necessidade de maior atenção as pessoas em situação de rua, através de políticas públicas mais abrangentes, que incluam, além da ampliação e reorganização das instituições de albergamento, cursos de formação, aperfeiçoamento, atualização nas áreas profissional e de cidadania, assim como, oportunidades para a realização de atividades remuneradas de trabalho.

Segundo pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos para Paz e os Direitos Humanos da Universidade de Brasília (UnB) através do Projeto Renovando a Cidadania (2011)<sup>33</sup>, estima-se que há no Distrito Federal 2.500 pessoas em situação

---

<sup>32</sup> Disponível em <<http://www.sedest.df.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/item/2560-sedest-amplia-vagas-para-servi%C3%A7o-de-acolhimento.html>>. Acessado em 18 de Nov. de 2013.

<sup>33</sup> Renovando a Cidadania (2010 – 2011). Descrição: A pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal com o Programa de Providência de

de rua, apontam que das cerca deste contingente total, 1.972 são adultos, 319 são crianças e 221 adolescentes. De acordo com os dados da pesquisa do total de adultos, 71,5% são trabalhadores e apenas 10% recorrem a esmolas nas ruas.

Esses dados demonstram que há uma grande contingente nas ruas do Distrito Federal sem acesso as políticas públicas essenciais, submetidos a condições adversas a uma vida em padrão aceitável socialmente. Além disso, suas exposições à fome, ao frio, à sede, à falta de abrigo, muitas vezes as conduzem ao cometimento de praticas ilícitas como pequenos furtos para assegurar o dia a dia. Por esses motivos alguns são levados aos presídios com frequência. Além disso, por ocuparem os espaços urbanos públicos são vítimas de processos cada vez mais violentos de higienização, pois os territórios que ocupam são também disputados pelo capital.

### **3.3. BREVE PERFIL DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO DISTRITO FEDERAL E DAS PESSOAS ATENDIDAS NA ATP SELECIONADAS PARA A PESQUISA.**

A pesquisa de campo possibilitou o levantamento deste quadro de perfil de Pessoas em Situação de rua (PS) com passagem pela ATP, com base nas análises documentais: prontuários, laudos do Instituto Medico Legal (IML), ficha de cadastramento da ATP, registros de atendimentos da equipe multidisciplinar técnica de saúde e segurança, no espaço de tempo entre fevereiro e agosto de 2013, delimitado para a pesquisa, com recorte amostral representado pela seleção de 4 (quatro) pessoas em situação de rua com passagem pela ATP.

As pessoas em situação de rua selecionadas para a pesquisa corresponderam a todos os critérios estabelecidos, entre eles: todas as 4 (quatro) pessoas em situação de rua foram acompanhados por mim durante o período de estágio na ATP; todos estavam ou estão sob medida de segurança a mais de um ano na ATP; todos estavam antes da internação em situação de rua em Brasília (DF).

---

Elevação da Renda Familiar. Teve como finalidade realizar levantamento das pessoas em situação de rua no Distrito Federal, identificar causas que motivaram a esta condição de vulnerabilidade, modos de vida e valores, entidades que interagem com esse público e suas ações, subsidiar a elaboração de políticas públicas e implementação de ações voltadas aos direitos humanos e cidadania. Alunos envolvidos: Graduação: (33). Coordenação: Maria Salete Kern Machado. Integrantes: Bruna Papaiz Gatti; Camila Potyara Pereira; Mônica de Castro Mariano. Disponível em <<http://ceam.unb.br/nep/concluidas/>> acessado dia 22 de nov. de 2013.

Diante das análises documentais foi possível elaborar o Quadro de perfil das pessoas em situação de rua na ATP e para assegurar o sigilo destas pessoas serão identificadas como PS( pessoa em situação de rua ) e seguidas por ordem de numeração para que sejam preservados as respectivas identidades. Conforme o quadro a seguir:

**Quadro 2 – Perfil das pessoas em situação de rua com reincidência de internação na ATP, cujos registros documentais foram analisados.**

<b>Quadro de Perfil das Pessoas em Situação de rua (PS)</b>				
<b>Nome</b>	<b>PS1</b>	<b>PS2</b>	<b>PS3</b>	<b>PS4</b>
<b>Nacionalidade</b>	Brasileiro	Brasileiro	Brasileiro	Brasileiro
<b>Cidade de origem</b>	Teresina (PI)	Brasília (DF)	Teresina (PI)	Corrente (PI)
<b>Sexo</b>	Masc.	Masc.	Masc.	Masc.
<b>Idade</b>	30 anos	34 anos	52 anos	43 anos
<b>Cor da pele</b>	Parda	Parda	Branca	Negra
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	Solteiro	Solteiro	Solteiro
<b>Escolaridade</b>	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto
<b>Filiação</b>	informa somente a mãe	informa somente a mãe	informa pai e mãe.	informa pai e mãe.
<b>Documentação</b>	Não apresentada	Não apresentada	Não apresentada	Não apresentada
<b>Relação com Trabalho</b>	vendedor de cosmético	apresenta atividades laborais com artesanato.	Desde os 13 anos nas profissões: vendedor, ferreiro, soldador, vigilante, peão de obra e mais recente lavador de carros.	Serviços gerais. (Faxina, Jardinagem, Lavador de carros).
<b>Saúde Mental Comprometida</b>	Não	Sim. Retardo mental, apresenta rebaixadas suas capacidades de entendimento e determinação.	Não	Sim. Retardo mental em grau moderado.
<b>Uso de drogas</b>	Não	Não	Não. Porém usa cigarro de tabaco e faz uso eventual de álcool <sup>(1)</sup> .	Não
<b>Delito Criminal</b>	Ato libidinoso carnal (art. 213 do CPB).	2 casos de Abuso sexual de criança (art. 166 do CPB).	Furto (art. 155 c/c art. 14 do CPB).	Furto (art. 155 do CPB).
<b>Tempo na ATP</b>	2 anos. Data do ultimo recolhimento: 14/01/2011.	9 anos. Data do ultimo recolhimento: 23/01/2004.	6 anos. Data do ultimo recolhimento: 27/10/2005.	12 anos. Data do ultimo recolhimento: 25/01/2001.
<b>Tempo na rua</b>	Não informado	Não informado	Não informado	Desde a infância
<b>Cidade de referencia na rua</b>	Sobradinho (DF)	Taguatinga (DF)	Brasília (DF)	Samambaia (DF), Taguatinga (DF) e Brasília (DF) <sup>(2)</sup> .
<b>Desinternação</b>	Sim.	Sim.	Sim.	Não.

Elaboração: própria. FONTE: pesquisa documental em prontuários de usuários, laudos técnicos do Instituto Médico Legal (IML) e registro de atendimento das equipes multidisciplinar técnica de saúde e segurança da ATP.

(1) PS3 não utiliza drogas ilícitas, porém ainda em tratamento não abre mão do uso eventual de cigarro de tabaco e álcool. É necessário ressaltar que quando autuado pelo crime de furto, o mesmo estava alcoolizado.

(2) PS4 apesar de ser o único que não obteve ainda a desinternação, encontra-se em situação de rua e não possui um local fixo como forma de moradia e sustento, por este motivo busca outros locais para prover de sua subsistência. A escolha das cidades satélites Samambaia, Taguatinga e Brasília representam uma estratégia pela busca de serviços para garantir seu sustento por meio de trabalhos como lavar e vigiar carros nas grandes cidades do Distrito Federal.

Todos os PS tem nacionalidade brasileira. Em relação à cidade de origem é interessante observar que 1/3 (um terço) dos PS tem por naturalidade uma cidade nordestina, mais especificamente do estado do Piauí: 2 (duas) PS vieram de Teresina (PI) e 1 (um) PS de Corrente (PI). Um PS é da região centro-oeste do país, natural da capital Federal de Brasília (DF). Todos os PS são do sexo masculino. A faixa etária dos PS encontra-se entre 30 e 52 anos de idade. A cor da pele é representada por dois (dois) PS de pele parda, (um) PS negro e outro PS branco. Todos os PS encontram-se em estado civil solteiro. Todos os PS não concluíram o Ensino Fundamental, com históricos de abandono escolar, para o exercício de atividades laborais durante a infância. A filiação informada possui ausência da figura paterna no caso de 2 (dois) PS. E os demais informaram as figuras maternas e paternas. Os PS não apresentaram documentação de identificação, ocasionando problemas para identificação de registros/cadastros antecedentes. A relação com o trabalho dos PS demonstra uma inserção precoce no mundo do trabalho em rotinas de trabalho braçais e precarizados sendo que 1 (um) PS realizou atividades laborais voltadas ao artesanato. No que se refere à saúde mental dos PS a metade, ou seja, 2 (dois) PS não tem comprometimento de sua saúde mental, e os outros 2 (dois) PS apresentam algum transtorno mental. É necessário ressaltar que os transtornos mentais mencionados no caso dos PS com transtornos são tratados e o interno tem condições reais de conviver em sociedade sob a continuidade e acompanhamento de seu tratamento. É interessante salientar que entre os PS nenhum faz o uso indiscriminado de drogas ilícitas. Com observação para o uso eventual de cigarro de tabaco e álcool por 1 (um) PS.

Acerca dos delitos criminais 2 (dois) PS responderam por acusação de furto de objetos banais, tais como aparelho de som portátil e máquina manual de operação de cartões de crédito. Outro PS respondeu por acusação de ato libidinoso carnal. E o último respondeu pela acusação, neste caso reincidente, ou seja, segundo caso

seguido de abuso sexual de crianças. É importante ressaltar que a uma diferença entre os delitos banais e graves, todavia, os outros delitos é preciso delimitar conforme o Código Penal Brasileiro (CPB).

O tempo na ATP é o resultado mais surpreendente da pesquisa, uma vez que é observado o período máximo de internação sob medida de segurança é de 3 anos, as informações apresentadas chocam por variar de 2 a 12 anos de internação pelos PS selecionados. Outro aspecto de grande relevância é a falta de registros dos casos de reincidência de internação na ATP. Estes fatores revelam que o Distrito Federal não está respeitando o tempo observado para o tratamento dos internos sob medida de segurança no Presídio Feminino do Distrito Federal (PFDF).

No que se refere ao tempo de rua, não há registro nos prontuários da maior parte, a exceção ficou para o prontuário do PS4, cujo registro o aponta como pessoa em situação de rua desde a infância.

A cidade de referência que as PS utilizam como espaços de moradia e sustento, por contingência temporária ou de forma permanente (SILVA, 2009) respeitam as fronteiras territoriais do Distrito Federal, variando em apenas 4 (quatro) cidades satélites: Brasília, Samambaia, Sobradinho e Taguatinga.

Por fim, a desinternação dos PS, observando o intervalo de tempo da pesquisa, que pode acompanhar a desinternação quase total dos PS selecionados para a pesquisa, com ressalvas a apenas o PS4 que também apresenta ter o maior tempo de internação na ATP, 12 anos, segundo os últimos registros de recolhimento presente na ficha de cadastramento de internação e sem registros de reincidência existentes.

Assim, o perfil das pessoas em situação de rua com passagem pela ATP, mostra por um lado, a reincidência de pessoas em situação de rua sem sinais evidentes de saúde mental comprometida (PS1 e PS3); a prática de pequenos furtos como base para as prisões de longo prazo para pobres – uma das expressões da criminalização dos pobres, uma vez que os crimes tipificados pelo art. 155 do CPB implicam em penas de 1 (um) a 4 (quatro) anos; e os PS3 e PS4 estão reclusos há 6 e 12 anos respectivamente. Com base na pesquisa, podemos constatar que os direitos das pessoas em situação de rua é negado em todas as suas ramificações ligadas ao tratamento em saúde mental exigida pela medida de segurança, implicando até em prejuízos irreparáveis, como exemplo ocorrência de anos intermitentes de reclusão.

### **3.3. AS REINCIDÊNCIAS DE INTERNAÇÕES DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA ATP SEM SINAIS EVIDENTES DE SAÚDE MENTAL COMPROMETIDA – O QUE PROVOCA?**

Os dados foram obtidos por meio da análise documental precisaram ser complementados. Assim, conforme já mencionado, foram aplicados os questionários e realizadas as entrevistas semiestruturadas com os representantes das equipes técnicas multidisciplinares e os coordenadores das equipes de saúde e segurança. As entrevistas foram realizadas com 5 funcionários da ATP, representando o quantitativo de 50% do quadro atual de profissionais ativos da unidade, e subdivididos em duas equipes: saúde e segurança. A primeira equipe representada pelos profissionais de saúde: Assistente Social, Psicóloga e o Enfermeiro, este último que atualmente exerce função de coordenador da equipe técnica multidisciplinar de saúde. A segunda equipe representada pelos profissionais de segurança: Agente de Atividades Penitenciárias e o Chefe de Pátio, este último exerce o cargo de coordenador da equipe de segurança.

Inicialmente, apresenta-se o perfil e as informações sobre os entrevistados. A faixa etária dos 5 (cinco) profissionais entrevistados na ATP varia de 26 a 56 anos de idade. É uma equipe multidisciplinar relativamente jovem. Há predominância do sexo masculino na equipe de segurança com representação de 2 (dois) profissionais entrevistados. Já na equipe de saúde a presença feminina é maior, representada nas entrevistas por 2 (duas) profissionais e 1 (um) profissional coordenador da equipe de saúde. O grau de escolaridade estabelece o ensino superior para todos os entrevistados, com ressalva apenas para o Agente de Atividades Penitenciárias, que está em processo de conclusão de sua graduação. O estado civil dos entrevistados teve maior quantitativo de casados representando 3 (três) profissionais, é o restante solteiro representado por 2 (dois) profissionais. A cor da pele dos entrevistados corresponderam a 3 (três) pardos, 1 (um) negro e 1 (uma) branca.

Com relação às questões voltadas para a ATP foi observado a variação do tempo de trabalho, entre 1 ano a 6 anos, revelando que as equipes de trabalho são novas, com pouco tempo de experiência e adaptação. Porém 3 (três) entrevistados informaram já terem anteriormente experiência de trabalho em outras áreas, sendo que nenhum dos entrevistados trabalhou em unidades de tratamento de saúde mental. A maioria dos entrevistados está de acordo com o cargo/função para o qual foram contratados, com ressalvas apenas para o Agente de Atividades Penitenciária que alega falta de treinamento técnico para atuação de suas funções no âmbito da ATP. As atividades desempenhadas por estes profissionais compreendem a

especificidade de cada área de atuação profissional, assim abordando o atendimento geral de acolhimento aos internos, respeitando as demandas imediatas e escalas de atendimento, são elas: triagem dos internos e a marcação de atendimento com os profissionais em atendimento individual. Cabe ressaltar os atendimentos coletivos, com a realização de atividades em grupos, cursos e reuniões, como exemplo: aulas de alfabetização e ensino fundamental, terapia ocupacional, cursos de pintura e artesanato, grupo de leitura bíblica e entre outros<sup>34</sup>. Dentre às maiores dificuldades enfrentadas por ambas as equipes multidisciplinares na ATP foram relatadas: a falta de infraestrutura; a recorrente falta de recursos materiais; a falta de viaturas para transporte e escolta; subsídios materiais como vestimentas, produtos alimentícios, objetos pessoais; a falta de capacitação dos profissionais; e o treinamento específico para atuação profissional.

No que se refere às questões atinentes ao eixo central de nosso objeto de pesquisa é importante registrar que por unanimidade foi afirmado pelos profissionais entrevistados que existem casos de reincidências de internação na ATP. Também foi unanimidade a afirmação de casos de reincidência de pessoas que não apresentam sinais de comprometimento com a saúde mental. O que reforça a assertiva de nosso objeto de pesquisa, evidenciando casos de reincidência de internações na ATP de pessoas sem terem a saúde mental comprometida. Houve divergência entre as equipes de saúde e segurança no que se refere à afirmação de casos de reincidência de pessoas em situação de rua e sem comprometimento da saúde mental na ATP. A equipe de segurança manifestou-se dizendo “não ter conhecimento sobre os casos”. Enquanto a equipe de saúde, por unanimidade, afirmou haver reincidência de internação de pessoas em situação de rua sem sinais evidentes de terem a saúde mental comprometida. As respostas dos entrevistados da equipe de saúde apresentaram ter ressonância com os dados obtidos por meio dos registros documentais das pessoas em situação de rua selecionadas para análise dos prontuários. Vale explicar que a equipe de segurança, representada pelos agentes de atividade penitenciária e o coordenador da equipe de segurança é responsável pela mobilização e proteção dos internos e profissionais no âmbito da ATP, em ações padronizadas e pré-estabelecidas que revelam um contato superficial com os usuários, enquanto, a equipe de saúde que é representada por assistente social, psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional e auxiliar de enfermagem, e tem por responsabilidade os atendimentos direcionados à promoção da saúde dos internos,

---

<sup>34</sup> É necessário esclarecer as atividades e atendimentos coletivos são práticas recentes, ou que ainda estão em fase de implementação dentro da ATP. Com ressalva apenas para o atendimento em “Terapia Ocupacional”.

mantendo um contato mais direto e privilegiado no que se refere ao acompanhamento e resposta às demandas dos usuários. Esse tipo de relação diferenciada com os usuários pode explicar as diferenças de respostas entre as duas equipes. Ainda assim majoritariamente a resposta é que há reinternação de pessoas em situa de rua sem comprometimento da saúde mental.

Em relação aos motivos identificados pelos entrevistados para os casos de reincidência das pessoas em situação de rua destacam-se as respostas de ambas as equipes, por um lado, a equipe de saúde elenca os principais motivos: a historia pregressa dos usuários; rompimentos dos vínculos familiares; a permanência nas ruas; falta de acesso a serviços e direitos básicos à vida; os conflitos expostos à situação de rua, como exemplo as medidas de higienização dos logradouros públicos em resposta a realização de mega eventos na cidade; e principalmente a falta de opção da saída da rua, confirmando assim, que a insuficiência de políticas publicas voltadas para esta população e na negação de direitos é uma das motivações da reinternação. Por outro lado à equipe de segurança apresenta dissonância, ao não citar os motivos para os casos de reincidências e também com a resposta “não tem conhecimento” ou desconhecimento, para a questão acerca reincidência das pessoas em situação de rua na ATP, revelando assim não ter um contato direto com as demandas ou acompanhamento destas pessoas. Dos 5 entrevistados 4 (quatro) afirmaram haver visitas familiares ou especiais para as pessoas em situação de rua na ATP. Vale ressaltar que o coordenador da equipe de saúde fez questão de explicar que estas visitas dependem, inicialmente, do agendamento e manifestação de interesse dos próprios familiares ou conhecidos dos internos, não convertendo em regra as visitas familiares ou especiais, mas condicionantes do interesse de participação de outrem para sua execução. Logo as pessoas em situação de rua que não possuem nenhum vínculo familiar, ou que possuem vínculos fragilizados ou rompidos estão mais propensas a não receberem visitas, ainda tornando estes momentos cada vez mais difíceis de ter uma periodicidade. Todavia o coordenador afirmou que poderá haver visitas familiares, a depender das necessidades sentidas pela equipe, especialmente pela assistente social, a quem caberia localizar a familiar. Esta, afirmou que as visitas são realizadas, quando a família é localizada e aceita fazer contato com o internado.

A pergunta sobre a avaliação do atendimento prestado pela ATP às pessoas internadas foi respondida conforme as alternativas oferecidas, o que correspondeu a 3 (três) respostas “bom”, 1 (um) uma “Regular” e 1 (uma) “Ótimo”.

Em resposta a possíveis melhorias para o atendimento da ATP, foram levantadas 3 (três) alternativas por parte dos entrevistados, tais como: viabilizar melhores condições de trabalho no tocante de concessão de remuneração digna aos funcionários; abrangência do espaço físico para as atuações profissionais; e o incentivo a participação de programas de capacitação continuada.

As perguntas sobre a avaliação se quantidade de profissionais ativos na ATP atende as demandas, foram respondidas também conforme as alternativas oferecidas, o que correspondeu 3 (três) opções para satisfatório e 2 (dois) opções para insuficiente. É necessário observar que há coincidência de respostas revela que a equipe de saúde diretamente responsável pelos 3 (três) respostas manifestou a alternativa de satisfatório devido o quadro profissional está completo, e por outro lado a equipe de segurança responsável por duas respostas ponderou a alternativa de insuficiência por enfrentarem maiores dificuldades devido ao quadro profissional reduzido no âmbito da ATP.

Todos os 5 (cinco) entrevistados concordaram que quantidade de pessoas internadas atualmente na ATP é excedente. Uma problemática preocupante e recorrente no histórico de internações na ATP

Por fim a avaliação dos profissionais entrevistados sobre a importância da ATP no atendimento a saúde mental das pessoas internadas trouxe duras críticas à falta de compromisso do poder público com a melhoria dos serviços, a decadência da infraestrutura do âmbito da ATP e o não atendimento às reivindicações por melhores condições de trabalho.

A construção de um perfil de pessoas em situação de rua na ATP permitiu uma melhor interpretação do objeto de pesquisa. Ao analisar os dados pessoais, e associar as relações de trabalho e saúde mental podemos constatar as reais posições a qual são submetidas estas pessoas no âmbito da ATP. É necessário reconhecer as histórias pregressas marcadas por terem não só em comum a pobreza extrema e a situação de rua, e graças à contribuição da pesquisa também podemos afirmar que possuem faixa etária de uma população adulta jovem e ativa, no gozo de suas atividades laborais, podemos afirmar também que realizam pequenos trabalhos como meios de subsistência nas ruas e que o nível de comprometimento da saúde mental não as impedem de poder viver em sociedade, o que há é necessidade de políticas sociais acessíveis a elas. Prosseguindo a análise, devemos atentar também para os delitos criminais envolvidos, os quais refletem a criminalização da pobreza, por não

representarem perigo à sociedade e em virtude de ser considerados semi-imputáveis ou inimputáveis, condição estabelecido as pessoas que cumprem a medida de segurança. Por fim, abordamos a disparidade do tempo determinado para reclusão, uma vez que é observado pela medida de segurança o prazo máximo de 3 (três) anos para o tratamento, e termos no quadro apresentado um tempo relevantemente superior, chegando até 12 anos reclusão. Esse quadro do perfil das pessoas em situação de rua na ATP associado às respostas dos profissionais reforçaram que a nossa hipótese se confirma: As pessoas em situação de rua tem reincidência de internação na ATP sem terem a saúde mental comprometida em decorrência no não acesso às políticas sociais e dos processos de higienização que ocorre em relação a este grupo populacional, apoiado no preconceito, na discriminação e na criminalização dos pobres.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partimos da hipótese que a reincidência de internações de pessoas em situação de rua na ATP sem sinais evidentes de comprometimento da saúde mental constitui uma das expressões da insuficiência de proteção social do Estado em relação a esse grupo populacional e da intolerância social com os diferentes o que favorece os processos de higienização dos logradouros públicos onde estas pessoas se localizam. E assim, por meio das aproximações sucessivas do real com base na pesquisa documental, reforçada pela aplicação de questionários e realização de entrevistas semiestruturadas, complementarmente, pudemos desvelar o objeto de pesquisa e confirmar a hipótese da qual partimos.

As informações apresentadas no quadro de perfil das pessoas em situação de rua com passagem pela ATP demonstraram coerência com a hipótese. Pois confirmaram a reincidência de internação de pessoas em situação de rua sem sinais evidentes de saúde mental comprometida. Além disso, a revisão bibliográfica e análise de documentos sobre as políticas sociais acessíveis á população em situação de rua, mostraram que estas políticas são insuficientes e não cobrem o universo de pessoas em situação de rua no Distrito Federal. Além disso, os dados e informações obtidas mediante análise documental complementadas com as informações dos questionários e das entrevistas na ATP mostraram que o Governo do Distrito Federal, mesmo tendo conhecimento sobre as disparidades e problemáticas enfrentadas pela ATP, ainda é conivente com tratamento desrespeitoso das pessoas com a saúde mental comprometida sob medida de segurança; mantém a inobservância da conclusão e expedição do tempo destinado aos tratamentos sob medida de segurança; e também conivente ainda com a criminalização da pobreza, quando não estabelece critérios para segurança pública e não punir os crimes voltados para população em situação de rua em Brasília.

Assim, a pesquisa mostrou a insuficiência das ações do Estado na prestação de serviços de qualidade às pessoas em situação de rua fora e na ATP, além de não assegurarem condições apropriadas para atuação profissional na ATP, como exemplo as péssimas instalações físicas. A falta de especialização e capacitação oferecida aos profissionais; a recorrente falta de recursos matérias, e falta de equipamentos e veículos para o atendimento as demandas internas e externas dos internos.

As principais dificuldades e desafios em relação à população em situação de rua também ficaram evidentes nas informações obtidas pela pesquisa: a superação do preconceito e da discriminação, além da urgente necessidade de construção de

políticas sociais acessíveis a esse grupo populacional, ainda que as políticas sociais não possam dar conta da eliminação deste fenômeno, que como diz Silva (2009, 2011), está associado às condições necessárias à acumulação do capital, todavia, a o não acesso às políticas sociais esta contribuindo para a manutenção e reprodução desse fenômeno. Estas, porém, como diz a autora, “estão cada vez mais direcionadas para o atendimento dos interesses de mercado, que exige uma massa de desempregados disponível e oportunidades renovadas para grandes investimentos” (SILVA, 2011, p. 01).

Esta pesquisa também mostrou que é preciso atentar para o crescimento de crimes de ódio e o extermínio lento e “natural” pela fome e ausências de políticas de proteção social acessíveis destinadas para população em situação de rua.

A pesquisa também mostrou que a reincidência de internações das pessoas em situação de rua sem sinais de comprometimento da saúde mental está intrinsecamente relacionado com o não direito do usufruto da cidade e dos benefícios que ela oferece, na medida em que a prisão prolongada é alternativa apresentada a estas pessoas que fazem dos logradouros públicos espaço de moradia e sustento.

Outra face revelada pela pesquisa é a necessidade de consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira e do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário convertidos para a população carcerária, em específico para os internos sob medida de segurança no âmbito da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) do Presídio Feminino de Brasília, os quais estão sendo violados.

Percebeu-se também, que ainda prevalece no âmbito da ATP e da sociedade em geral uma forte cultura que associa do uso de drogas e da loucura à criminalidade, o que neste contexto de crise estrutural do capital em ganha peso o Estado penal, tem contribuído para a criminalização da pobreza.

Assim, concluímos este trabalho com o convencimento de que a hipótese da pesquisa foi confirmada e outros elementos a ela foram agregados que carecem de maiores aprofundamentos por meio de estudos e pesquisas.

Por fim, reconhecemos que muito ainda há que ser feito para que a população em situação de rua tenha acesso às políticas sociais e tenham os seus direitos garantidos e respeitados. Afirmar o compromisso com a luta em defesa deste grupo populacional, pelo seu direito de permanecer e usufruir os benefícios das cidades, pela justiça social, pela liberdade e igualdade de condições também é feito por meio do

oferecimento de estudos e pesquisas sobre a situação atual em que se encontra esta população, foi nosso propósito com este trabalho.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**BEHRING**, E. R. – Política social no contexto da crise capitalista. Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais. CFESS/ABEPSS, Brasília-DF, 2009.

**BEHRING**, E. R. e **SANTOS**, S. M. M. – Questão social e direitos. Serviço social: Direitos sociais e competências Profissionais. CFESS/ABEPSS. Brasília-DF. 2009.

**BEHRING**, E. Rossetti; **BOSCHETTI**, I. – Política Social: Fundamentos e historia. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

**BISNETO**, J. A. Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática / José Augusto Bisneto – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

**BRASIL**. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

**BRASIL**. Ministério da Saúde (1992). Portaria 224/92 – Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Diário Oficial da União.

**BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005a.

**BRASIL**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Legislação em saúde no sistema penitenciário / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

**BRISOLA**, Elisa. Estado penal, criminalização da pobreza e Serviço Social. SER Social, Brasília, v. 14, n. 30, p. 127-154, jan./jun. 2012.

CARTA ABERTA – Carta de Brasília Aberta ao Presidente da República Federativa do Brasil. Brasília, 20 de maio de 2009.

**CARVALHO FILHO**, Milton Júlio de. Te prepara pra sair!: síntese analítica sobre a situação dos egressos do sistema penitenciário brasileiro. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/painel38/MiltonFilho.pdf>>. Acessado em: 22 jul. 2012.

**CASTRO**, M. M. P. et al. Preso um dia, preso toda vida: a condição de estigmatizado do egresso penitenciário. Temas IMESC. São Paulo, 1984.

**CFESS Manifesta** – 1º Congresso Nacional do Movimento da População de Rua (19 de março de 2011). Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2012\\_poprua\\_SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2012_poprua_SITE.pdf)>. Acessado em 04 out. 2013.

**COSTA**, Ana Paula Motta. – População em situação de rua: Contextualização e caracterização. Revista Virtual Textos & Contextos, nº 4, Dez, 2005.

**DINIZ**, Debora. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011 [recurso eletrônico] / Debora Diniz. - Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2013. Acesso em <[http://www.unbciencia.unb.br/images/stories/trat\\_psico2011.pdf](http://www.unbciencia.unb.br/images/stories/trat_psico2011.pdf)>.

**FERREIRA**, Frederico Poley Martins. – População em situação de rua, vidas privadas em espaços públicos: o caso de Belo Horizonte, Belo Horizonte UFMG/CEDEPLAR, 1998 à 2005.

**GDF adere à Política Nacional para População em Situação de Rua** – publicação : segunda-feira, 15/04/2013 às 14:20. Disponível em <<http://www.jornaldebrasil.com.br/site/noticia.php?gdf-adere-a-politica-nacional-para-populacao-em-situacao-de-rua&id=464030>> acessado 22 de nov. de 2013.

**HARVEY**, David. – O direito à cidade, publicado na revista Piauí, edição 82, tribuna da luta de classes, Julho de 2013.

**HECKERT**, U. : **SILVA**, J.M.F. – Psicoses esquizofrênicas entre a população de rua. Rev. Psiqu. Clín. 29 (1):14-19, 2002.

**KARAM**, B. J. – Invisibilidade e negação de direitos: a realidade do egresso prisional em situação de rua. São Paulo: UNIFESP, 2012.

**LEITE**, J. L. e **RODRIGUES**, M. P. – Questão social e saúde na atualidade: Reflexões acerca da AIDS e da Saúde Mental. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro – Escola de Serviço Social, 24 de Março, 2001.

**MÉSZÁROS**, István – A crise do capital / István Mészáros ; [tradução Francisco Raul Cornejo] – São Paulo : Boitempo, 2009 – (Mundo do trabalho).

**Organização das Nações Unidas (ONU)** – “A Criminalização da Pobreza” – in: Relatório sobre as causas econômicas, sociais e culturais da tortura e outras formas de violência no Brasil (2009). Submetido a 42ª Sessão do Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da Organização das Nações Unidas (ONU), em maio 2009.

**PONTES**, Alessandra C. S. J. E. – Os serviços públicos de saúde e o atendimento à população de rua do Distrito Federal. Brasília: UnB, 2009.

**RAMOS**, Raquel Mesquita dos Santos; **LINS**, Maria Alcina Terto. – As formas de enfrentamento do estado frente às expressões da questão social na contemporaneidade: uma crítica ao Estado Penal. In: ENPESS, 13., 2012, Juiz de Fora. Anais... Minas Gerais: UFJF, 2012.

**RELATÓRIO FINAL – PRIMEIRO CENSO NACIONAL E PESQUISA AMOSTRAL SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.** Volume 2 – Resultados. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Março de 2008.

**RELATÓRIO FINAL – PRIMEIRO CENSO NACIONAL E PESQUISA AMOSTRAL SOBRE A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.** Volume 2 – Resultados. Meta Instituto de Pesquisa de Opinião. Março de 2008.

**RIBEIRO**, Luiz Cesar e **JUNIOR**, Orlando dos Santos – Repensando a questão urbana brasileira, artigo publicado no Le Monde Diplomatique, Abril, 2011. Disponível em <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=906>>. Acessado em 22 nov. de 2013.

**RIBEIRO**, Luiz Cesar. – As eleições e o direito à cidade, artigo publicado no Observatório das Metrópoles, Outubro, 2012. Disponível em <[http://observatoriodasmetrolopes.net/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=385%3Aas-eleicoes-municipais-e-o-direito-a-cidade&Itemid=164&lang=pt](http://observatoriodasmetrolopes.net/index.php?option=com_k2&view=item&id=385%3Aas-eleicoes-municipais-e-o-direito-a-cidade&Itemid=164&lang=pt)>. Acessado em 22 nov. de 2013.

**ROCHA**, Tatiana Scholbach. – A saúde mental como campo de intervenção profissional dos Assistentes Sociais: Limites, desafios e possibilidades. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense – UFF, Novembro, 2012.

**SILVA**, M. L. L. da. – Em tempos de barbárie, a fragilização das políticas sociais e a luta pela vida, 2011.

**SILVA**, M. L. L. da. – Trabalho e população de rua no Brasil. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

**SOUZA**, Hebert J. Como se faz análise de conjuntura. Petrópolis: Vozes/IBASE, 1984.

**Sumário Executivo – Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua.** BRASÍLIA. 2008.

**TAVARES**, Viviane. – Avanços e retrocessos na Luta Antimanicomial. Revista Brasil de Fato, edição 533 – de 16 a 22 de Maio de 2013, publicado dia 21 de Maio de 2013.

**TORRES, BAENA**, D. e **TANOS**,K. – Egresso prisional versus preconceitos. In: CBAS, 11., 2004, Fortaleza. Anais... Fortaleza: 2004.

**VIEIRA**, M. A. C.; **BEZERRA**, E. M. R.; **ROSA**, C. M. M. – População de Rua: quem é, como vive, como é vista. São Paulo: Hucitec, 1994.

**WACQUANT**, Loïc. – As prisões da miséria. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

## **ANEXOS**

- I.** Ofício nº 23806/2013 – Autorização mediante supervisão da seção psicossocial da VEP para pesquisa na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP).
- II.** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
- III.** Questionários Semiestruturados para Equipe Multidisciplinar Técnica e Coordenadores.



PODER JUDICIÁRIO DA UNIÃO  
Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios  
VARA DE EXECUÇÕES PENAIS DO DF  
SRTVS - QD. 701 - LOTE 8 - BLOCO N. 2º ANDAR, SALA 205 - BRASÍLIA (SETOR DE RÁDIO E TELEVISÃO SUL)  
- DF CEP 70340-000 - Telefone: (61) 3163-1515 - Fax: (61) 3163-0696  
Horário de funcionamento: 12:00 às 18:00 horas



Ofício nº 23806/2013

Distrito Federal, 16 de Outubro de 2013.

Autos nº 00542493020138070015  
(Processo antigo nº 20130111484598)

A Sua Senhoria o Senhor  
**CLÁUDIO DE MOURA MAGALHÃES**  
Subsecretário da Subsecretaria do Sistema Penitenciário - SESIPE  
SIA Trecho 02, Lote 2075 a 2215, 2º Andar  
CEP: 71200-020 - Brasília-DF

COM CÓPIA PARA A PPDF

Assunto: **Encaminha autorização.**

Senhor Subsecretário,

De ordem do MM. Juiz de Direito da Vara de Execuções Penais do DF, informo a Vossa Senhoria que este Juízo **autorizou, mediante supervisão da Seção Psicossocial desta VEP**, o requerimento anexo, acerca do pleito entabulado pelo Sr. Júlio Cesar Lisboa de Lima Pereira, estudante do Curso de graduação em Serviço Social da UnB, objetivando autorização para realizar pesquisa na Ala de Tratamento Psiquiátrico da Penitenciária Feminina do DF.



Universidade de Brasília – UnB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço social – SER

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da entrevista com questionário semiestruturado e captação de áudio, que é coordenada pela professora Prof<sup>a</sup>. Dra Maria Lucia Lopes Silva e que segue as recomendações da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa procura conhecer como **A reincidência de internação de pessoas em situação de rua na Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) no presídio feminino em Brasília**. Os riscos envolvidos com sua participação são: possíveis constrangimentos ou desconforto durante a entrevista, que serão minimizados através das seguintes providências: garantir que a privacidade do participante seja mantida, assim como a confidencialidade dos dados; cautela na elaboração do roteiro de entrevistas e na forma como as perguntas serão feitas durante a entrevista.

Você terá os seguintes benefícios ao participar da pesquisa: disponibilização dos dados da entrevista. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite.

Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito a indenização.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para Júlio César Lisboa de Lima Pereira, no endereço de e-mail Julio.lisboa20@gmail.com ou pelo telefone (61) 9360 0683 .

**Consentimento Livre e Esclarecido**

Declaro que compreendi os objetivos desta pesquisa, como ela será realizada, os riscos e benefícios envolvidos e concordo em participar voluntariamente da pesquisa

\_\_\_\_\_.

Participante da pesquisa ou responsável legal:

\_\_\_\_\_

(assinatura)

Pesquisador responsável:

\_\_\_\_\_

(assinatura)

Endereço profissional: \_\_\_\_\_

Comitê de ética e Pesquisa

Endereço: \_\_\_\_\_

Tefone: \_\_\_\_\_

## Roteiro de Entrevista

### Questionário semiestruturado Coordenadores

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_ ou Cargo \_\_\_\_\_ atual \_\_\_\_\_ que  
exerce: \_\_\_\_\_.

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

#### Grau de Escolaridade:

( ) Ensino Fundamental.

( ) Ensino Médio.

( ) Ensino Superior.

#### Estado Civil:

( ) Solteiro/a.

( ) Viúvo/a.

( ) Casado/a.

( ) Outros: \_\_\_\_\_.

( ) Separado/a ou Divorciado/a.

#### Cor (você se considera):

( ) Amarelo/a.

( ) Negro/a.

( ) Branco/a.

( ) Outros: \_\_\_\_\_.

( ) Pardo/a.

### Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP)

#### 01 – Há quanto tempo trabalha na ATP?

( ) 1 a 6 meses.

( ) 3 anos a 6 anos.

( ) 6 meses a 1 ano

( ) 6 anos a 10 anos.

( ) 1 ano a 3 anos

( ) Mais de 10 anos.

**02 – É a primeira vez que trabalha no sistema prisional?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso negativo, em qual instituição:\_\_\_\_\_.

**03 – Já trabalhou com tratamento em Saúde Mental anteriormente?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, em qual instituição:\_\_\_\_\_.

**04 – Sua atividade atual esta de acordo com o cargo/função para o foi contratado/a?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso negativo, qual função exerce realmente:\_\_\_\_\_.

**05 – Quais atividades, você desempenha na ATP?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**06 – Qual a sua função no âmbito da Equipe Multidisciplinar?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**07 – Em sua opinião, quais as maiores dificuldades enfrentadas pela Equipe Multidisciplinar na ATP?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

## Relação com as pessoas internadas na ATP

**08 – Como é realizado o registro/cadastramento das pessoas internadas na ATP?**

---

---

---

---

---

**09 – A falta de documentação oficial ou moradia fixa pelas pessoas internadas pode representa algum prejuízo para o cumprimento da medida de segurança no âmbito na ATP?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, Quais prejuízos são estes? E porque ocorrem?

---

---

---

---

---

**10 – Há algum processo de avaliação de saúde mental das pessoas internadas no âmbito da ATP?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, Como funcionar esse processo?

---

---

---

---

---

**11 – Existem casos de reincidências de internação na ATP?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, com que frequência ocorre:

( ) Raramente. ( ) Eventualmente. ( ) Constantemente. ( ) Não tem conhecimento.

**12 – Durante o tempo que você trabalha na ATP conheceu algum caso de reincidência de pessoas que não apresentavam sinais evidentes de possuir a saúde mental comprometida?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, Quando?

---

---

---

**13 – Durante o tempo que você trabalha na ATP Já houve reincidência de internação de pessoas em situação de ruas na ATP sem sinais evidentes de ter a saúde mental comprometida?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, em sua opinião, por que isso aconteceu?

---

---

---

---

---

**14 – Há visitas familiares ou especiais para pessoas em situação de rua na ATP?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, com que frequência ocorre:

( ) Raramente. ( ) Eventualmente. ( ) Constantemente. ( ) Não tem conhecimento.

**15 – Há atendimento especializado para as pessoas internadas que não recebem visitas familiares?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, como é realizado esse atendimento?

---

---

---

---



**ações básicas de saúde individuais e coletivas, visando promover, prevenir, reduzir e/ou eliminar riscos e agravos a saúde da população que se encontra reclusa no DF”? (Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, BRASIL, 2010a).**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Roteiro de Entrevista

### Questionário semiestruturado Equipe Técnica Multidisciplinar

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Função ou Cargo atual que exerce: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

#### Grau de Escolaridade:

- ( ) Ensino Fundamental.
- ( ) Ensino Médio.
- ( ) Ensino Superior.

#### Estado Civil:

- ( ) Solteiro/a. ( ) Viúvo/a.
- ( ) Casado/a. ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- ( ) Separado/a ou Divorciado/a.

#### Cor (você se considera):

- ( ) Amarelo/a. ( ) Negro/a.
- ( ) Branco/a. ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- ( ) Pardo/a.

### Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP)

#### 01 – Há quanto tempo trabalha na ATP?

- ( ) 1 a 6 meses. ( ) 3 anos a 6 anos.
- ( ) 6 meses a 1 ano ( ) 6 anos a 10 anos.
- ( ) 1 ano a 3 anos ( ) Mais de 10 anos.

#### 02 – É a primeira vez que trabalha no sistema prisional?

( ) Sim ( ) Não

Em caso negativo, em qual instituição:\_\_\_\_\_.

**03 – Já trabalhou com tratamento em Saúde Mental anteriormente?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, em qual instituição:\_\_\_\_\_.

**04 – Sua atividade atual esta de acordo com o cargo/função para o foi contratado/a?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso negativo, qual função exerce realmente:\_\_\_\_\_.

**05 – Quais atividades, você desempenha na ATP?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**06 – Qual a sua função no âmbito da Equipe Multidisciplinar?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**07 – Em sua opinião, quais as maiores dificuldades enfrentadas pela Equipe Multidisciplinar na ATP?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**Relação com as pessoas internadas na ATP**

**08 – Existem casos de reincidências de internação na ATP?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, com que frequência ocorre:

( ) Raramente. ( ) Eventualmente. ( ) Constantemente. ( ) Não tem conhecimento.

**09 – Durante o tempo que você trabalha na ATP conheceu algum caso de reincidência de pessoas que não apresentavam sinais evidentes de possuir a saúde mental comprometida?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, Quando?

---

---

---

**10 – Durante o tempo que você trabalha na ATP Já houve reincidência de internação de pessoas em situação de ruas na ATP sem sinais evidentes de ter a saúde mental comprometida?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso afirmativo, em sua opinião, por que isso aconteceu?

---

---

---

---

---

**11 – Há visitas familiares ou especiais para pessoas em situação de rua na ATP?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, com que frequência ocorre:

( ) Raramente. ( ) Eventualmente. ( ) Constantemente. ( ) Não tem conhecimento.

**12 – Há atendimento especializado para as pessoas internadas que não recebem visitas familiares?**

( ) Sim ( ) Não

Em caso positivo, como é realizado esse atendimento?

---

---

---

---

