Adriana Pinheiro Carvalho

Moradia Primeiro no contexto da política de drogas brasileira: análise da implantação de uma intervenção-piloto de moradia assistida para pessoas em situação de rua

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

São Paulo

2020

Adriana Pinheiro Carvalho

Moradia Primeiro no contexto da política de drogas brasileira: análise da implantação de uma intervenção-piloto de moradia assistida para pessoas em situação de rua

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado

São Paulo

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Carvalho, Adriana Pinheiro
Moradia primeiro no contexto da política de
drogas brasileira : análise da implantação de uma
intervenção piloto de moradia assistida para pessoas
em situação de rua / Adriana Pinheiro Carvalho. --
São Paulo, 2020.
Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Saúde Coletiva.
Orientador: Juarez Pereira Furtado.

Descritores: 1.Habitação 2.Pessoas em situação de
rua 3.Drogas ilícitas 4.Saúde mental 5.Ciência da
implementação

USP/FM/DBD-277/20

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

*Em memória de Alessandro Werner, Valteir da
Silva (Jamaica) e Helton de Oliveira, moradores e
trabalhador do Projeto Cuidando da Vida.*

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Juarez Furtado, pela generosidade com a qual me acolheu, pela confiança no meu trabalho e, especialmente, pela firme dedicação e compromisso com a formação acadêmica, ética e política de suas alunas e alunos. Suas constantes reflexões, críticas, ensinamentos e incentivos ampararam o desafio de transitar entre o campo burocrático e acadêmico e me proporcionaram imenso crescimento.

Aos que atravessaram o Projeto Cuidando da Vida. Ao colega Alexandre Reis, por não ter desistido de colocar a iniciativa de pé e pela generosidade na construção conjunta de dados que foram utilizados na pesquisa. À Cris e à Luciana, que deram o suporte necessário para a realização do trabalho de campo. Em especial, aos trabalhadores que acompanhei e aos moradores que visitei, pela porta a mim aberta e pelo cotidiano compartilhado, confirmando a relevância do morar como questão teórica e política. Aos que construíram o Projeto Redes e a todos que ousaram construir uma proposta brasileira de moradia primeiro para as pessoas que usam drogas.

Ter realizado a graduação e o mestrado em universidades públicas e toda a minha trajetória profissional ter ocorrido nos Sistemas Únicos de Assistência Social e de Saúde são marcas definidoras da minha formação e desta pesquisa. Por isso, agradeço à dedicação de tantas e tantos que constroem e lutam pela manutenção e expansão da universidade e de outras políticas públicas. Ao corpo docente e à secretaria do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pela contribuição no percurso. Às professoras Elisabete Mângia, Silke Kapp e ao professor André Mota, pela participação na banca de qualificação, e Marly Cruz, José Ricardo Ayres e Roberto Pires por aceitarem o convite para compor a banca de defesa. Às colegas de trabalho da Subsecretaria de Assistência Social/SEDES e do CAPS Candango, que respeitaram e apoiaram esta pesquisa. Em especial, agradeço ao colega André Santoro, que há tanto e com competência se dedica a produzir e pensar o cuidado do povo da rua. Este trabalho somente pôde ser concluído contando com sua compreensão e apoio. Registro também que esta pesquisa foi apoiada pelo Governo do Distrito Federal, que autorizou e financiou o meu afastamento temporário para realizar o curso de mestrado.

À Marili Quadros, amiga e professora que tanto encorajou o início da nova empreitada, ajudou na elaboração do projeto de pesquisa e me acolheu em etapas difíceis

de todo o processo. À Leide, companheira de universidade e de SUAS, que esteve tão presente na reta final deste trabalho, revisando os artigos, fazendo sugestões e compartilhando reflexões sobre os desafios da caminhada acadêmica. Aos colegas do Laboratório de Avaliação em Saúde da Universidade de São Paulo por tanto aprendizado e vivência compartilhada. Em especial, ao Wagner Oda pelo apoio na seleção dos artigos e no levantamento bibliométrico da revisão sistemática sobre a implantação do *Housing First*, pelo auxílio com as referências bibliográficas e pela pronta disposição em ajudar.

À minha mãe e ao meu pai, Mazé e Ivan, pelo cuidado e segurança que me permitiram ter liberdade e coragem para seguir os caminhos escolhidos. À minha querida e amada irmã Lia Ravena, que torce por mim desde sempre, agradeço a constante prontidão em me apoiar neste e em tantos outros desafios, sendo o meu lugar certo de amor e proteção. E, ainda, por ter realizado a revisão do relatório de qualificação e auxiliado na diagramação das imagens e quadros.

Ao jovem Benjamim, pelo carinho com que me recebeu em sua vida e sua casa e pela alegria que abrandou longas horas de escrita.

Ao Leon, presente de tantas e belas maneiras nesta jornada, pela coragem de começar e ternura no seguir junto.

Normalização Adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Referências do Capítulo 2: ABNT (NBR 6023: 2018).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3. ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

Lista de siglas

Lista de figuras

Lista de quadros

Lista de tabelas

Resumo

Abstract

INTRODUÇÃO 1

**CAPÍTULO 1 – Fatores contextuais e implantação da intervenção *Housing First*:
uma revisão da literatura 21**
1.1 Introdução..... 23
1.2 Método..... 25
1.3 Resultado..... 26
1.4 Discussão 35
1.5 Conclusão 39

**CAPÍTULO 2 – Moradia assistida para pessoas em situação de rua no contexto da
política de drogas brasileira – avaliação de implantação 49**
2.1 Introdução..... 51
2.2 Método..... 54
2.3 Resultado e Discussão 56
2.5 Conclusão 66

CONCLUSÃO 72

ANEXOS 81

Lista de Siglas

ACT	Assertive Community Treatment
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
CEP-FMUSP	Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
CFIR	Consolidate Framework for Implementation Research
DF	Distrito Federal
EUA	Estados Unidos da América
GAP	Grupo de Apreciação Partilhada
HF	Housing First
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (em português)
OSC	Organização da Sociedade Civil
PCV	Projeto Cuidando da Vida
PI	Projeto de Inserção Social
PSR	Pessoas em situação de rua
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Lista de Quadros

CAPÍTULO 1

Quadro 1 – Artigos incluídos na revisão	27
---	----

Quadro 2 – Fatores que influenciam a implantação do HF sistematizados a partir dos estudos referenciados no Quadro 1	32
--	----

CAPÍTULO 2

Quadro 1 – Matriz de avaliação do grau de implantação	63
---	----

Lista de Tabelas

CAPÍTULO 2

Tabela 1 – Matriz de avaliação do grau de implantação	63
---	----

Lista de Figuras

INTRODUÇÃO

Figura 1 – Síntese da Proposta de Inserção Social da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas	02
Figura 2 – Delineamento do estudo	14

CAPÍTULO 1

Figura 1 – Fluxograma de seleção artigos dos artigos	26
--	----

CAPÍTULO 2

Figura 1 – Modelo Lógico-Operacional do Projeto Cuidando da Vida	57
--	----

Resumo

Carvalho AP. *Moradia Primeiro no contexto da política de drogas brasileira: análise da implantação de uma intervenção piloto de moradia assistida para pessoas em situação de rua* [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2020.

Intervenções de moradia assistida para pessoas em situação de rua vem sendo desenvolvidas no âmbito da política de drogas brasileira, tendo como referência o *Housing First*, modelo criado no norte da América para superar a situação de rua entre pessoas com agravos de saúde mental. Compreender como características locais influenciam a implantação dessa modalidade de intervenção em diferentes contextos pode ampliar o conhecimento acerca de iniciativa pouco estudada no Brasil e possivelmente contribuir para sua expansão. Por meio de dois estudos articulados – revisão sistemática de literatura e estudo de caso, apresentados nesta dissertação em formato de artigo, objetivamos analisar a experiência de implantação de uma intervenção de moradia assistida, inspirada no *Housing First*, desenvolvida nacionalmente. Analisando 68 artigos, publicados entre 2003 e 2020, selecionados por meio das bases de dados *Scopus*, *PsychoInfo* e *Embase*, sistematizamos os fatores que favorecem e dificultam a implantação do HF em quatro dimensões: características da intervenção, contexto de implantação, aspectos institucionais e processos de implantação. Verificamos que indisponibilidade de habitações, falta de coordenação dos serviços necessários aos moradores e resistência dos agentes implantadores aos princípios do HF são os principais fatores que dificultam a implantação. Agentes alinhados ao modelo e a oferta de formação permanente aparecem como principais facilitadores. Para compreender a influência do contexto brasileiro nesse processo, abordamos um projeto piloto de moradia assistida para pessoas em situação de rua desenvolvido em Brasília (DF). Utilizando documentos oficiais, observação participante e sistematização das perspectivas dos trabalhadores e gestores responsáveis pela iniciativa, realizamos análise da implantação da intervenção em três etapas: modelização da intervenção; mensuração do seu grau de implantação, com base nos critérios do modelo inspirador *Housing First* e análise dos fatores contextuais que influenciam o grau de implantação. Os resultados indicam que a intervenção local priorizou efetivamente a moradia sem condicionalidades, conforme proposto pelo HF. Entretanto, apontamos limitações relacionadas ao desenho da proposta, com destaque para o arranjo dos serviços de apoio que se mostrou insuficiente para concretizar o proposto pelo HF. Evidenciamos que indisponibilidade de moradias e a insuficiência de bens e serviços para atender as necessidades dos moradores constituem dificuldades persistentes de implantação no Brasil e em outros países e contextos, desafiando a expansão da iniciativa em escala e com sustentabilidade. Por fim, apontamos a necessidade de aprimoramento do componente lógico operacional do modelo HF, além de de inovações para garantir efetiva colaboração entre as políticas setoriais envolvidas.

Descritores: Moradia; Pessoas em situação de rua; Saúde mental; Ciência da implementação.

Abstract

Carvalho AP. *Housing First in the Brazilian drug policy context: implementation evaluation of a supportive housing pilot intervention for homeless people* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

Housing First, a model created in North America to overcome homelessness among people with mental health problems and/or drug abuse, has been used as a reference for supportive housing interventions for homeless people developed within the Brazilian drug policy context. Understanding how local characteristics influence the implementation of this type of intervention in different contexts can contribute to its expansion and produce knowledge about a subject still understudied in Brazil. Through two articulated studies, a systematic literature review and a case study, presented in this dissertation in article format, we aim to examine the implementing of a supportive housing intervention inspired by the Housing First model, developed locally. Analyzing 68 articles, published between 2003 and 2020, selected through the Scopus, PsychoInfo and Embase databases, we identified four sets of factors that potentially influence the implementation of HF: characteristics of the intervention, implementation context, institutional aspects and implementation processes. The main factors that hinder the implementation of HF are the unavailability of units in the housing market, the lack of coordination between services essential to the residents and the resistance of the implementing teams to the principles of HF. The main factors identified as favouring the implementation of HF were the adherence of implementing teams to HF principles and the provision of ongoing supervision and training for these teams. In turn, to understand how the Brazilian context can influence the implementation of HF intervention, we approached a pilot project of assisted housing for homeless people developed in Brasília (DF). Using official documents, participant observation and systematization of the perspectives of workers and managers responsible for the initiative, we analyzed the implementation of the intervention in three stages: modeling of the intervention, measurement of its degree of implementation, based on the criteria of the inspiring Housing First model and analysis of contextual factors that influence the degree of implementation. The results indicate that the local intervention effectively prioritized housing without conditionalities, as proposed by the HF. We also identified logical aspects of the HF model that need to be improved, with emphasis on the support services arrangement adopted that was insufficient to achieve the goals of HF. Housing unavailability, professional overload due to the accumulation of administrative and technical tasks and insufficient services to meet the needs of residents stand out as persistent difficulties of implementation in the different contexts considered, pointing to the need to refine the logical component of the model and improve the coordination mechanisms of health, social assistance and housing policies.

Descriptors: Housing; Homeless people; Mental health; Implementation science.

INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do estudo

O objeto desta pesquisa – processo de implantação de uma intervenção de moradia assistida para pessoas em situação de rua – foi definido em razão do meu engajamento no campo das políticas públicas. Ao longo dos últimos doze anos, enquanto psicóloga e servidora pública, trabalhei como gestora, técnica e formadora em serviços de assistência social e saúde mental destinados ao atendimento desse público em âmbito local (Distrito Federal) e também no Governo Federal. Na maior parte desta trajetória atuei na gestão, dedicada ao desenvolvimento e coordenação de estratégias intersetoriais de proteção social para pessoas que vivem nas ruas. Assim, meu envolvimento com esse campo, em especial com a intervenção aqui analisada, traz limites e vantagens ao estudo realizado.

No período entre abril de 2015 e agosto de 2016, integrei a equipe de gestão da então Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça (SENAD), onde tomei conhecimento da intervenção *Housing First*¹. Naquele momento, em resposta aos resultados da I Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack², o Governo Federal buscava redirecionar a Política de Drogas para o enfrentamento das condições sociais que agravam e constituem seu consumo. Para o campo do cuidado, isso significava intensificar a intersetorialidade das políticas públicas na atenção de usuários em condição de pobreza e vulnerabilidade social, em especial em situação de rua, na perspectiva de garantir o que foi chamado, pelos formuladores de “pacote de direitos” básicos (moradia, trabalho e renda), ofertado com um mínimo de exigências e condições³. Para implantar essa estratégia, o Governo Federal adotou como conceito e metodologia norteadora o *Housing First* (HF), modelo de moradia assistida desenvolvido nos Estados Unidos, no contexto de serviços de saúde mental, para superar a situação de rua entre pessoas com agravos de saúde mental e/ou que fazem uso prejudicial de drogas. Mais recentemente, o modelo vem sendo conhecido no Brasil por Moradia Primeiro⁴.

Como forma de incentivar a abordagem HF junto aos governos locais e tendo como objetivo testar e estruturar, a partir de experiências concretas, uma nova concepção e metodologia de cuidado de pessoas que usam drogas, a SENAD, a partir de 2015, financiou a implantação de projetos-piloto baseados na concepção do HF em diversas capitais brasileiras e no Distrito Federal⁵. Para tal, estabeleceu convênios com diferentes

órgãos públicos responsáveis por ações setoriais relacionadas à política de drogas (saúde, assistência social, direitos humanos e, em alguns casos, segurança pública). Denominada de Projeto de Inserção Social (PI), a proposta federal estabeleceu como público prioritário da intervenção o segmento de pessoas em situação de rua. No contexto desse processo indutivo, tive a tarefa de coordenar, no âmbito da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, a implantação dos referidos projetos, naquela época pactuados com 11 municípios e o Distrito Federal.

Como estratégia de atuação, o PI deveria ofertar ações intersetoriais de moradia individual, acompanhadas de apoio psicossocial e de oportunidades de geração de renda, de aumento de escolaridade e de participação cultural – modalidade de intervenção que compreendemos neste estudo por moradia assistida. Na Matriz de Referência do Projeto de Inserção Social (Anexo A), formulada pela SENAD a partir dos princípios fundamentais do *Housing First*, pressupõe-se a integração de políticas sociais na execução das mencionadas ações e exigências e condições adequadas ao público-alvo – que não envolvem a abstinência ou a adesão a tratamentos de saúde como condição para ingresso ou permanência nos programas – e define-se como objetivo do PI a inserção social de usuários de drogas em situação de rua (figura 1).

Figura 1: Síntese da proposta de inserção social da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

Recursos		
Recursos entre R\$500.000,00 a R\$1.000.000,00, dependentes do porte populacional do município e dos eixos prioritizados. destinados somente a ações de custeio, sendo vetado o uso do recurso para aquisição de equipamentos ou bens permanentes.		
Diretrizes	Eixos Setoriais e Atividades	Resultados esperados
a) utilização da redução de riscos e danos como medidas de intervenção preventiva, de cuidado e de direitos humanos; b) os projetos devem ter baixa exigência, sem demandar abstinência ou redução do uso como critério de acesso ou permanência; d) desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares construídos em acordo mútuo com os usuários, seus familiares e os contextos;	Moradia Repassar pecúnia diretamente aos beneficiários para aluguel de imóvel residencial (auxílio aluguel). Criação de república em imóvel residencial coletivo para moradia de grupos de beneficiários. Contratação de serviços de hospedagem em pousadas, alojamentos e hotéis sociais. Executar ações de acompanhamento e apoio por meio de visitas domiciliares.	Ampliação do acesso dos beneficiários a direitos sociais. Aumento da autonomia e contratualidade dos beneficiários. Melhoria na qualidade de vida dos beneficiários.
	Trabalho Inserção em programas de frente de trabalho (jornada de trabalho remunerada)	

<p>e) intersetorialidade traduzida na oferta de um pacote de direitos (moradia, trabalho, renda, qualificação profissional, educação, cultura/esporte);</p> <p>f) adoção de processos participativos que estimulem o protagonismo dos beneficiários do programa;</p> <p>g) adoção de ações de moradia baseadas em modelos de autogestão e cogestão, incorporando elementos do <i>housing first</i>/moradia primeiro;</p> <p>h) economia solidária/cooperativismo social como dispositivo estratégico nos processos de inserção e de validação social;</p> <p>i) estímulo ao desenvolvimento de produções/intervenções culturais na cidade.</p>	<p>por meio de bolsa associada a acompanhamento).</p> <p>Criação ou ampliação de projetos de geração de renda articulados à economia solidária.</p> <p>Qualificação profissional para inserção no mercado formal de trabalho.</p>
	<p>Cultura, Esporte e Educação</p> <p>Organizar espaços e ações de convivência social e comunitária.</p> <p>Instituição de projetos itinerantes de mobilização social por meio da arte, cultura e esporte.</p> <p>Realizar processos formativos voltados ao conhecimento de direitos sociais e temas correlatos.</p> <p>Apoio a projetos de educação inclusiva, tais como: alfabetização de adultos, inclusão digital e outros.</p>

Fonte: elaboração própria a partir da Matriz de Referência – Projeto de Inserção Social (SENAD).

Poderiam receber recursos para implantação do PI municípios com adesão ao Programa Crack, É Possível Vencer⁶ inseridos no projeto de articulação intersetorial de políticas sobre drogas coordenado pela SENAD – Projeto Redes⁷, iniciativa por meio da qual o Governo Federal levava ações de apoio técnico a municípios, essencialmente supervisão e formação, com o objetivo de fortalecer a rede de serviços territoriais de atenção a usuários de drogas. Nesse sentido, a formulação do PI se inseriu em um contexto mais amplo de ações estratégicas federais de indução da integração de políticas sociais atuantes no cuidado em álcool e drogas, em especial Saúde e Assistência Social.

Os projetos poderiam dispor de diferentes configurações e estratégias de execução, com o objetivo de atender as especificidades locais e deveriam ser executados em 12 meses, prazo estabelecido pela SENAD. Indispensavelmente, as intervenções deveriam atuar em, ao menos, dois dos três eixos setoriais predefinidos e utilizar os princípios do *Housing First*, da Redução de Danos e do Cooperativismo Social.

Oriundo dessa experiência, o estudo aqui relatado teve como objetivo justamente analisar a implantação de uma dessas iniciativas-piloto – o Projeto Cuidando da Vida (PCV), desenvolvido no Distrito Federal, no âmbito do órgão gestor da política de assistência social, entre 2017 e 2018.

O Projeto de Inserção Social (PI) proposto pela SENAD foi recepcionado pelo Governo do Distrito Federal como uma experiência-piloto intitulada Projeto Cuidando da Vida (PCV), tendo o órgão gestor local de assistência socialⁱ, responsável pela iniciativa, firmado parceria com uma organização da sociedade civil para sua execução.

Os formuladores da intervenção local delimitaram como público-alvo do PCV um grupo de pessoas em situação de rua vinculado a uma região específica do centro de Brasília conhecida por ser uma cena pública de uso de drogas. Apontava-se na época, meados de 2016, que uma média de 200 pessoas em situação de rua transitava por essa localidade, sendo que aproximadamente 30 delas constituíam o núcleo mais vulnerável dessa população, composto por pessoas com longo tempo de permanência nas ruas, graves problemas relacionados ao consumo de drogas e outros agravos relacionados ao contexto de vida nas ruas, caracterizado por alta exposição a danos e riscos diversos, inclusive de morte⁸.

Parte das pessoas que compunham esse grupo apresentava um conjunto de necessidades não atendidas, relacionadas a direitos sociais considerados fundamentais (alimentação, renda, moradia), sendo que uma de suas principais características é a grande dificuldade de acesso aos serviços públicos, apesar da existência de equipamentos de saúde (CAPS AD, Consultório na Rua e Unidade Básica de Saúde) e de assistência social (Centro Pop e Serviço Especializado de Abordagem Social) no próprio território e da existência de serviços de moradia transitória (abrigo e casas de passagens) na rede de referência regionalizada⁸. Assume-se que há uma inadequação dos serviços existentes no atendimento das necessidades do público-alvo, deficiência associada, sobretudo, à adoção de regras e critérios de acesso e permanência que desconsideram as especificidades e escolhas dos usuários relacionadas ao consumo de drogas e ao estilo de vida da rua. Tal

ⁱRegistra-se que, desde 2014, a secretaria local de Assistência Social do Distrito Federal sofreu inúmeras reestruturações administrativas que alteraram sua competência e nome, permanecendo sempre, entretanto, responsável pela pasta de Assistência Social. Durante a efetiva execução do PCV, entre abril de 2017 e novembro de 2018, o órgão abrigava outras políticas sociais e era intitulado Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulheres e Igualdade Racial (SEDESTMIDH). No momento da escrita deste trabalho, é chamada Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social (SEDES). Por sua vez, a então SENAD, que na época do repasse do recurso e ao longo de quase toda a execução do projeto encontrava-se vinculada ao Ministério da Justiça, pertencente atualmente ao Ministério da Cidadania, como Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED), sendo a estrutura que foi responsável pelo acompanhamento das atividades finais de execução do PCV, especialmente de prestação de contas. No texto, optamos por utilizar as designações dos órgãos à época da pesquisa de campo, no caso, SEDESTMIDH e SENAD.

narrativa pode ser identificada no termo de referência que orientou a elaboração da intervenção⁸.

Para intervir na situação exposta, foram estabelecidas medidas de aproximação e acompanhamento dessa população, em diferentes campos de atuação. A oferta da moradia assistida, com base no modelo HF, restringiu-se ao grupo das 30 pessoas pertencentes ao núcleo mais vulnerável acima descrito⁸. Para atingir seus objetivos, o PCV atribuiu responsabilidades para diversos setores do governo local, com diferentes níveis de atuação e relação entre eles, na expectativa de configurar uma rede de serviços para materializar os serviços de apoio aos moradores. Nesse sentido, a proposta de arranjo institucional do PCV tinha uma perspectiva fortemente intersetorial, prevendo a execução de atividades de diversas naturezas por meio da colaboração entre organização da sociedade civil (execução indireta) e órgãos governamentais (execução direta). As atividades de regulação e financiamento, por sua vez, foram realizadas somente pela SENAD e SEDESTMIDH.

A coordenação da intervenção deveria ser realizada por uma instância colegiada envolvendo representantes da gestão da Secretaria de Assistência Social, da organização da sociedade civil parceira e da Secretaria de Saúde, além de trabalhadores das unidades territoriais de referência do projeto – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro Pop). O grupo gestor seria responsável, dentre outras ações, pela seleção dos beneficiários da intervenção, discussão e tomada de decisões sobre o acompanhamento dos casos, bem como pactuar e acompanhar a atuação dos outros órgãos públicos na execução das atividades previstas. Na época, o GDF contava com uma subsecretaria específica de coordenação da política de drogas, vinculada à Secretaria de Justiça e Direitos Humanos, que não teve participação na formulação ou implantação do PCV.

Como referência metodológica, o PCV adotou o modelo *Housing First* e a abordagem de base comunitária, entendendo que o primeiro é responsável por orientar mais diretamente as ações relacionadas à inserção e ao apoio intensivo na moradia e a segunda por instrumentalizar a realização das atividades mais direcionadas à inserção comunitária.

1.2 O *Housing First* – proposta inspiradora dos Projetos de Inserção Social e do Projeto Cuidando da Vida

O *Housing First* (HF) assume como pressuposto central de atuação que a primeira necessidade das pessoas em situação de rua que precisa ser atendida é a moradia, compreendendo que a segurança e a estabilidade por ela asseguradas são condições que permitem que outras questões, tais como o uso de drogas e o transtorno mental, sejam mais bem enfrentadas^{9,10}. O modelo foi desenvolvido como uma alternativa à lógica conhecida por tratamento primeiro¹¹, abordagem tradicionalmente utilizada nos serviços de atenção à população em situação de rua que se baseia na premissa de que essas pessoas devem estar “prontas para morar” antes de serem inseridas em moradias independentes e permanentes. Tal prontidão frequentemente envolve o cumprimento de etapas e exigências, tais como a abstinência de drogas, a adesão a plano de tratamento para dependência química e sintomas psiquiátricos, bem como a passagem por serviços de moradia coletivos e temporários (abrigo, albergues, casas de passagem)¹¹. Essa abordagem tradicional apresenta limitações significativas, incluindo o fato de que muitas pessoas não cumprem as exigências e etapas exigidas e são desvinculadas dos serviços antes de alcançarem a moradia permanente¹².

Com o propósito de superar essas deficiências, o HF se propõe a inserir de forma imediata as pessoas em uma moradia e, em seguida, ofertar serviços adicionais para a manutenção da moradia e melhora da qualidade de vida¹⁰. Nesse sentido, o HF é estruturado em dois componentes: moradia permanente e apoio intensivo. A escolha da casa deve favorecer a autonomia do participante, o que significa que ele tem a possibilidade de opinar sobre o tipo e a localização do imóvel. Como contrapartida, o morador deve, quando possível, contribuir com até 30% da sua renda nos custos relativos ao aluguel e aceitar o recebimento de, ao menos, uma visita semanal da equipe do programa. Nos casos em que o beneficiário não tenha renda, é sugerido que o programa arque integralmente com o valor do aluguel.

O apoio proposto pelo HF compreende o acompanhamento dos participantes no processo de escolha do imóvel, ajudando na busca e identificação de espaços e territórios que sejam adequados às necessidades dos futuros moradores, sendo também responsável por construir relação com os proprietários e realizar mediações, quando necessário, e articular a concessão de subsídios específicos do governo destinados a manutenção e

estruturação da moradia (aquisição de mobiliário, utensílios domésticos e objetos de decoração)¹⁰.

Para além do apoio habitacional, deve ser desenvolvido um plano de acompanhamento dos moradores com ações que apoiem os processos de reabilitação psicossocial, inclusão social e integração comunitária¹⁰. O *Case Management* (Gerenciamento de Casos) e o PACT (*Program for Assertive Community Treatment* ou Programa de Tratamento Assertivo na Comunidade), modelos de cuidado intensivo de base comunitária, são indicados, na proposta seminal do HF¹⁰, como técnicas adequadas para a realização das atividades de acompanhamento, que devem incluir dimensões da vida dos moradores como saúde, uso de drogas, trabalho, família e rede social.

Nos últimos dez anos, o *Housing First* (HF) tem se consolidado como uma intervenção baseada em evidência¹³, impulsionado por um conjunto de pesquisas que apontam sua vantagem, em relação a programas tradicionais, em garantir que pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental alcancem estabilidade habitacional¹⁴⁻¹⁷. Além de Estados Unidos e Canadá, o modelo vem sendo implantado em, ao menos, quatorze países europeus – Áustria, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Irlanda, Itália, Noruega, Holanda, Portugal, Escócia, Inglaterra e Suécia^{18,19}, bem como na Austrália¹⁷. Nesses países, as iniciativas de HF são comumente constituídas por projetos-piloto demonstrativos que integram pesquisas avaliativas ao processo de implantação²¹.

Na América Latina, embora a adoção do HF não seja expressiva, projetos inspirados nesse modelo vêm sendo desenvolvidos no Chile e no Uruguai²². No Brasil, ainda que não sigam a modelização do HF, identificam-se no estado de Pernambuco (Programa Atitude)²³ e no município de São Paulo (Programa De Braços Abertos)^{24,25} experiências pioneiras na utilização do princípio da moradia primeiro como norteador do cuidado ofertado a usuários de drogas em situação de rua²⁶. Desenvolvidas entre 2011 e 2016, essas iniciativas antecederam os mencionados Projetos de Inserção Social (PI) e também constituíram referência para a proposta do Governo Federal³.

Os mencionados programas têm variações no tipo de moradia – hotel social e unidades habitacionais residenciais – e na intensidade e tipo de suporte ofertado aos moradores, além de se diferenciarem na modalidade de gestão das iniciativas, tendo sido a experiência paulistana executada pelas áreas do trabalho, assistência social e saúde, e a pernambucana pela assistência social. No entanto, ambos associam a oferta de moradia a

serviços de apoio de assistência social e saúde que consistem no atendimento de necessidades relacionadas à alimentação, saúde e assistência social, sem exigir a abstinência como pré-condição de acesso ou permanência no programa.

Guias e publicações técnicas orientam a implantação do *Housing First* em contextos locais, considerando a variedade dos sistemas políticos, econômicos e de proteção social de diferentes países^{10,18,27,28}. Mas, embora a literatura sobre HF tenha se expandido consideravelmente nos últimos anos¹⁵, poucos estudos se concentram no processo de implementação de HF em nível local. A maioria das pesquisas conduzidas, oriundas principalmente das áreas de saúde pública e psicologia, dedica-se a avaliar os resultados do HF, seja em relação ao tempo de permanência nas moradias²⁹, redução de custos³⁰ ou uso de drogas e álcool³¹.

Em que pese o distanciamento cultural e social entre o Brasil e os países nos quais o HF é implantado em maior escala, sobretudo Estados Unidos e Canadá, o modelo guarda convergência com os princípios e diretrizes da política brasileira de saúde mental²⁹ e de cuidado a usuários de álcool e outras drogas^{33,34}, com destaque para a redução de danos, a reabilitação psicossocial e a abordagem de base territorial e comunitária. Partimos do pressuposto de que o conjunto de iniciativas-piloto induzidas pelo Governo Federal se configurou como um relevante campo de aprendizagem e fonte de conhecimento para compreender como o HF se desenvolve no contexto da política pública brasileira e que a abordagem sistemática de uma dessas experiências poderia oferecer subsídios qualificados à eventual expansão da iniciativa em nosso país.

1.3 Delineamento do estudo

A opção por estudar a experiência de moradia assistida desenvolvida no Distrito Federal ocorreu pelo estágio de implantação da intervenção na época (13º mês) e pela proximidade da pesquisadora com o projeto, por ser servidora da Secretaria responsável pela ação. Por sua vez, a escolha pelo referencial da avaliação de programas e serviços se deu pelo explícito compromisso dela com o aprimoramento de intervenções sociais.

O campo da avaliação é diverso e comporta variadas definições e abordagens. Entretanto, pode-se dizer que há consenso no entendimento de que a avaliação consiste fundamentalmente em emitir um julgamento a respeito de determinada intervenção, com base em critérios e referenciais explícitos, utilizando bases de informações existentes ou

construídas, com o objetivo de contribuir na tomada de decisão³⁵. De forma mais específica, a avaliação de programas e serviços em saúde dedica-se à busca de superação de problemas originados na aplicação das políticas e programas, sendo assim uma prática especialmente marcada pela interação entre agentes da gestão pública e da gestão do conhecimento³⁶.

Estudos avaliativos podem priorizar aspectos específicos, tais como a Análise da Implantação^{37,39}, que privilegia a identificação dos determinantes que inibem ou favorecem a introdução de propostas teóricas em situações reais, sendo indicada em situações nas quais uma intervenção nova é implantada em determinado contexto³⁹. Esse tipo de análise assume como pressuposto central que a proposta formulada, prevista nos normativos que regulam a intervenção, sofre mudanças e adaptações (esperadas e não esperadas) no percurso da implantação, gerando transformação da proposta inicialmente concebida. Nesse sentido, seu foco de análise não é somente constatar o eventual distanciamento entre o objetivo formulado e o processo de implantação, mas produzir explicações sobre tal discrepância^{39,40}.

Utilizando essa estratégia de avaliação e o modelo *Housing First*⁷ como quadro teórico-conceitual, conduzimos a pesquisa com base nas seguintes questões: Como se deu a implantação da proposta do Governo Federal no âmbito local e quais fatores contextuais facilitaram ou dificultaram a transposição do modelo *Housing First* para uma realidade local brasileira? Para respondê-las estabelecemos os seguintes objetivos:

- a. Sistematizar a experiência de implantação do Projeto de Inserção Social desenvolvido em Brasília;
- b. Estimar em que medida essa intervenção foi implantada conforme concebida;
- c. Identificar e discutir os principais fatores estruturais e contextuais que influenciaram sua implantação; e
- d. Compreender os fatores que desafiam a implantação do HF em diferentes contextos e países.

Para alcançar tais objetivos, desenvolvemos dois esforços articulados. Primeiro, um estudo de caso da iniciativa local, o Projeto Cuidando da Vida (PCV), utilizando as etapas indicadas para análise da implantação no contexto da avaliação em saúde⁴⁰. Posteriormente, realizamos uma sistematização da literatura sobre intervenções do tipo HF, com foco nos fatores contextuais que influenciam sua implantação em diferentes países. Os procedimentos estão detalhados adiante nos capítulos 1 e 2.

Esclarecemos que, embora a ordem cronológica da pesquisa tenha ocorrido de forma que o estudo de caso antecedeu a revisão bibliográfica, no texto final optamos por inverter essa sequência, de modo a facilitar a compreensão pelos futuros leitores. De nossa parte, no entanto, a realização da revisão posteriormente aos trabalhos de campo permitiu-nos tanto a retomada reflexiva da trajetória empírica quanto nos deu mais e melhores elementos para categorizar os artigos utilizados. Tecemos a seguir considerações e reflexões sobre as escolhas metodológicas e um panorama do percurso realizado.

O estudo de caso é utilizado em pesquisas avaliativas principalmente por ser um método que tem como objetivo compreender fenômenos em situações da vida real⁴¹. Se no estudo de caso clássico as unidades de análise são constituídas por um indivíduo, organização ou comunidade, nos estudos de caso avaliativos, as unidades de análise são as próprias intervenções – políticas, programas, projetos⁴². Nesse método, a triangulação de múltiplas perspectivas, alcançada por meio da utilização de diversos procedimentos metodológicos e fontes de informação, favorece a investigação da influência que os fatores contextuais exercem na intervenção abordada, permitindo explicar como o caso – a intervenção em andamento – interage com diferentes fatores e efetivamente funciona⁴³. Por essa capacidade explicativa, o estudo de caso é considerado especialmente adequado na realização de avaliações do tipo análise de implantação³⁹.

Inicialmente, caracterizamos o PCV por meio da modelização e descrição densa das suas etapas de implantação. Identificamos o problema e as respectivas causas que a intervenção buscou transformar (modelo causal) e sistematizamos como os recursos, atividades e produtos da intervenção se articulam na prática para alcançar os resultados esperados (modelo lógico-operacional). Essas etapas foram subsidiadas por dados produzidos na observação participante, análise documental e grupos de discussão com os profissionais e gestores envolvidos na intervenção. Cotejamos esses produtos e as observações do campo com uma matriz de critérios elaborada a partir de revisão de literatura do modelo teórico e lógico do HF e da Matriz dos Projetos de Inserção Social da SENAD e discutimos o próprio grau de implantação, a partir dos elementos estruturais e contextuais da intervenção. Por fim, esse conjunto de iniciativas dirigidas a compreender e descrever o objeto de estudo – a modelização, a descrição densa da intervenção e os registros produzidos em campo – foram abordadas segundo o método interpretativo, agrupadas em categorias relacionadas às dimensões da matriz de critérios

e em outros recortes temáticos oriundos de aspectos emergidos do campo. Essa análise permitiu-nos identificar e discutir as barreiras e facilitadores que influenciaram a implantação da intervenção.

No trabalho de campo, além de observar o cotidiano dos profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos moradores, participei de grupo virtual mantido pela equipe para comunicações sobre o cotidiano do projeto e mantive interações informais frequentes com os envolvidos (equipe, gestores e moradores), que nesses momentos compartilharam suas opiniões, concepções, propostas e inquietações sobre a experiência no projeto. Ao longo do processo, agregamos o acompanhamento de outras atividades que se mostraram importantes aos propósitos da pesquisa, tais como supervisão externa, reuniões de equipe e ações de busca ativa.

Definimos acompanhar os quatro profissionais responsáveis pela inclusão e apoio dos beneficiários nas moradias, especialmente nos dias destinados à realização das visitas residenciais, por ser o foco central de interesse do estudo. Esses profissionais dividem-se em duas equipes, sendo cada uma responsável por acompanhar determinado grupo de beneficiários, definidos a depender da localização das moradias. Tive como principal foco captar as práticas dos trabalhadores e suas interações com os beneficiários, vizinhança, locatário, serviços da rede e outros agentes. Busquei também identificar as práticas e dinâmicas associadas às cinco dimensões da escala de fidelidade do modelo *Housing First*⁴⁴ – parâmetro que escolhemos para analisar.

No primeiro encontro com cada morador, em suas casas, os trabalhadores me apresentaram, informaram que eu estava estudando o programa e que participaria de algumas visitas, daquele momento em diante. Ao serem perguntados se concordavam que eu acompanhasse as visitas, não percebi constrangimentos ou resistências por parte dos moradores em aceitar a proposta. No reencontro com os participantes que eu já conhecia do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), unidade onde trabalhava, expliquei que estava afastada para realizar o curso de mestrado e que, no momento, eu estava estudando como o Projeto Cuidando da Vida funcionava.

O fato de conhecer previamente os quatro trabalhadores do programa e alguns beneficiários facilitou a naturalidade com que a minha presença foi incorporada ao campo. Havia de antemão a preocupação de cuidar para não ser invasiva no espaço de moradia e nas conversas entre moradores e trabalhadores, o que me levou a ficar sempre atenta a possíveis desconfortos e sinais de surgimento de temas que merecessem

privacidade – entrar por último na casa, esperar ser convidada para entrar, me oferecer para esperar do lado de fora.

Outro aspecto com que me preocupei foi a possível influência oriunda de minha vinculação anterior à gestão do programa na atitude dos trabalhadores. Nas primeiras visitas, os trabalhadores recorriam a mim, explícita ou implicitamente, frente aos questionamentos dos beneficiários sobre a continuidade do projeto após a finalização do seu período-piloto, sobre fluxos de atendimento e prazos de recebimento de benefícios, o que foi se diluindo ao longo da observação. Aponto que a decisão de não observar a equipe em atividades de supervisão e gestão e sim no trabalho direto de apoio aos moradores (novo contexto) contribuiu para o reconhecimento – por parte da observadora e dos observados – da posição por mim ocupada nesta nova função. Apesar de parte das pessoas que acompanhei serem por mim conhecidas, o novo cenário e lugar permitiram-me conhecer aspectos e realidades até então inacessíveis, possibilitando vivenciar a máxima do “estranhando o familiar” e favorecendo a formulação de novas concepções e hipóteses.

Acompanhei o desenvolvimento do serviço de apoio a 12 casas, tendo realizado ao menos três visitas em cada uma delas. Utilizamos o critério de saturação definido por Schraiber⁴⁵, a partir da leitura que a autora faz de Daniel Bertaux⁴⁶, que considera que a observação participante pode ser concluída quando se atinge uma compreensão abrangente do objeto estudado. Para orientar essa decisão, consideramos o conjunto de informações produzidas em relação às mencionadas dimensões da escala de fidelidade do modelo HF, identificando que, em graus variados, foi possível atingir de forma satisfatória sua compreensão.

O movimento reflexivo e dialógico de compartilhar os achados e suas interpretações com os participantes – equipe e gestão – constituiu eixo estruturante dessa pesquisa, dada sua característica participativa. O contorno do caráter participativo foi delineado a partir da concepção de Furtado e Onocko-Campos⁴⁷, na qual a participação ocorre a partir da amplitude – diversidade de agentes envolvidos – e profundidade – capacidade de interação e intervenção desses mesmos agentes nos vários momentos do processo avaliativo (formulação de questões, definição do instrumental, análise, etc.).

Neste estudo, a diversidade da participação foi conferida pelos grupos de interesse de trabalhadores e gestores e, no que tange à profundidade, ocorreu nos momentos da elaboração de critérios de avaliação da intervenção e na análise dos dados. A opção pelo

caráter participativo dessa pesquisa tem origem no seu próprio objetivo – aprimorar a prática da intervenção -, considerando-se que os trabalhadores são os agentes que detêm maior conhecimento sobre a realidade estudada. A inclusão de representantes da gestão tentou corresponder ao interesse de ampliar a diversidade do ponto de vista e o alcance do estudo na influência da esfera de tomada de decisões.

O trabalho de campo teve a sua sistematização inicial submetida a Grupos de Apreciação Partilhada⁴⁸, espaços de mediação da participação dos profissionais e gestores envolvidos na intervenção. O processo culminou com a modelização da intervenção abordada, a objetivação dos aspectos mais e menos próximos da matriz de critérios elaborada para a análise de implantação do PCV e a identificação dos fatores contextuais que facilitaram e dificultaram a implantação.

Respondidas as questões inicialmente formuladas sobre a implantação da intervenção-piloto de moradia assistida desenvolvida nacionalmente, optamos por agregar um estudo de revisão sistemática da literatura para identificar os fatores contextuais que influenciam a implantação do HF, tendo como foco os aspectos que facilitam e dificultam esse processo em diferentes países. Buscamos, com essa nova etapa, subsidiar tanto o aprimoramento da proposta original quanto o enfrentamento dos desafios provenientes de sua adaptação a diferentes contextos, incluindo o caso brasileiro.

Para tal, realizamos levantamento de estudos empíricos em seis bases de dados (*PubMed*, *Scopus*, *PsychoINFO*, *Embase*, *Lilacs* e *Scielo*). Após o processo de seleção, detalhado no Capítulo 1, 68 artigos foram incluídos na revisão, abarcando majoritariamente Estados Unidos e Canadá, seguidos de países europeus e Austrália. A extração e análise dos dados apoiou-se no *Consolidate Framework for Implementation Research* (CFIR)⁴⁹, modelo analítico que oferece uma estrutura abrangente de construtos, consolidados a partir de pesquisas anteriores no campo da saúde, utilizado na identificação e compreensão dos fatores contextuais que influenciam o processo de implantação. Optamos por esse quadro referencial pela sua concepção abrangente de contexto que potencialmente nos permitiria identificar um panorama de fatores proveitoso para investigações e análises em um número maior de realidades e cenários.

A partir dessa perspectiva, os fatores contextuais identificados nos estudos foram agrupados em quatro dimensões: características da intervenção, contexto de implantação, aspectos institucionais e processo de implantação. As semelhanças entre os fatores evidenciados pelos estudos foram também identificadas, agrupadas e descritas. Os dados

foram finalmente sintetizados, narrando como os elementos internos e externos da intervenção influenciam o processo de implantação do modelo. A maioria dos estudos selecionados não caracterizou suficientemente as condições locais das políticas sociais de saúde, assistência social e habitação nas quais os programas de HF são desenvolvidos, o que reduziu as possibilidades de análise.

Na figura 2, esquematizamos como as etapas e procedimentos de produção de dados conduzidos se relacionam com os objetivos da pesquisa, ressaltando que as referidas etapas interagiram entre si e, em alguns momentos, ocorreram de forma simultânea.

A pesquisa foi submetida, via Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP), estando identificada sob o número CAEE – 96872518.4.0000.0065 e aprovada pelo Parecer nº 2.882.450 (Anexo B). O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) foi elaborado seguindo os preceitos estabelecidos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Figura 2: Delineamento do estudo

Os resultados da pesquisa foram organizados em formato de artigo e são apresentados nos dois capítulos desta dissertação. No Capítulo 1 – *Fatores contextuais e implantação da intervenção Housing First: uma revisão da literatura*, apresentamos um conjunto abrangente de aspectos que representam dificuldades e facilidades ao processo

de implantação do HF em diferentes contextos. A partir desse panorama, discutimos os principais desafios na expansão e sustentabilidade desse modelo e apontamos questões a serem consideradas no contexto brasileiro.

O Capítulo 2 – *Moradia assistida para pessoas em situação de rua no contexto da política de drogas brasileira – avaliação de implantação* relata a análise do processo de implantação do Projeto Cuidando da Vida. Neste manuscrito, submetido e aprovado para publicação na *Physis Revista de Saúde Coletiva* (aguardando publicação), evidenciamos a capacidade que a intervenção nacional teve de colocar a moradia em primeiro lugar, atendendo parte da proposta inicialmente concebida. Apontamos também a necessidade de aprimoramento no arranjo dos serviços de apoio adotado, que parece ser insuficiente para concretizar o disposto no HF, em especial no que diz respeito ao cuidado compartilhado entre Saúde e Assistência Social.

Ao fim, apresentamos as nossas conclusões, em que retomamos as pretensões iniciais da pesquisa e os manuscritos antevistos, apontando como os resultados do estudo de caso e da revisão de literatura empreendida podem contribuir com o aprimoramento de intervenções de moradia assistida no contexto da política pública brasileira e com novas investigações em torno do tema.

Referências

1. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *Am J Public Health*. 2004;94(4):651-6
2. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras. Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Fiocruz, 2014.
3. Garcia L, Kinoshita RT, Maximiano V. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
4. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. É possível Housing First no Brasil?: experiências de moradia para população em situação de

rua na Europa e no Brasil. Brasília: MMFDH; 2020.

5. Toledo L, Coutinho C, Belmonte P, FIPM B. Estudo exploratório sobre a implementação de projetos de inserção social para usuários em situação de vulnerabilidade em 6 cidades do Brasil. Anais do Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. 2018.
6. Brasil. Decreto n. 7.179, de_20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.
7. Gomes MSM. Monitoramento adotado na implementação de programas sociais: o Programa Crack é Possível Vencer (2011-2014) [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2019.
8. Distrito Federal. Secretaria de Estado do Trabalho, Desenvolvimento Social, Mulher, Igualdade Racial e Direitos Humano do Distrito Federal. Edital de Chamamento Público n. 3, de 18 de outubro de 2016. Brasília: Diário Oficial do Distrito Federal; 2015. [acesso em: 12 ago. 2018]. Disponível em: www.sedestmidh.df.gov.br/editais-de-chamamento-publico-2.
9. Goering P, Tsemberis S. Housing First and System/Community Transformation. In: Community Psychology and Community Mental Health [Internet]. Oxford University Press; 2014 [cited 2020 Sep. 25]. p. 278-91. Available from: [/record/2014-22736-013](http://record/2014-22736-013)
10. Tsemberis S. Housing First: The Pathways Model to end homelessness for people with mental illness and adiction. Minesota: Hazelden; 2015.
11. Padgett DK, Stanhope V, Henwood BF, Stefancic A. Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: Comparing housing first with treatment first programs. Community Ment Health J. 2011 Apr;47(2):227-32.
12. Tsemberis S. From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. J Community Psychol. 1999 Mar;27(2):225-41.
13. Padgett D, Henwood BF, Tsemberis SJ. Housing first: ending homelessness, transforming systems, and changing lives. New York: Oxford University; 2016. 228 p.
14. Baxter AJ, Tweed EJ, Katikireddi SV, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of

- homelessness: Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Vol. 73, *Journal of Epidemiology and Community Health*. BMJ Publishing Group; 2019. p. 379-87.
15. Padgett D, Henwood B, Tsemberis S. *Housing first: Ending homelessness, transforming systems, and changing lives*. Oxford University; 2016.
 16. Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. Vol. 136, *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Blackwell Publishing Ltd; 2017. p. 269-79.
 17. Woodhall-Melnik JR, Dunn JR. A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. Vol. 31, *Housing Studies*. Routledge; 2016. p. 287-304.
 18. Pleace N. *Housing First Guide Europe* [Internet]. FEANTSA; 2016 [cited 2020 Sep 25]. Available from: www.housingfirstguide.eu
 19. Busch-Geertsema V. *Housing First Europe-Results of a European Social Experimentation Project*. *Eur J Homelessness* [Internet]. 2014 [cited 2020 Sep 25];8(1). Available from: www.socialstyrelsen.dk/housingfirsteurope.
 20. Johnson G, Parkinson S, Parsell C. *AHURI Essay Policy shift or program drift? Implementing Housing First in Australia* authored by. In 2012.
 21. Greenwood RM, Stefancic A, Tsemberis S, Busch-Geertsema V. Implementations of housing first in europe: Successes and challenges in maintaining model fidelity. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2013;16(4):290-312.
 22. Rudnitzky F, Evans T. *Evaluación Proyecto piloto “Incubar”* [Internet]. Montevideo; 2020 [cited 2020 Sep 14]. Available from: [http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1678/Documento de trabajo N 63. INCUBAR informe evaluación..pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1678/Documento%20de%20trabajo%20N%2063.%20INCUBAR%20informe%20evaluación..pdf?sequence=3&isAllowed=y)
 23. West RS. *Política de drogas e redução de danos: um estudo sobre o Atitude em Pernambuco* [dissertação]. Recife: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco; 2016.
 24. Kinoshita RT, Furtado LAC, Oliveira AA, Oliveira BAB de, Costa CM, Rosin E, Souza IS de, *et al*. *Saúde mental e De Braços Abertos*. In: *Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016)*. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); 2017. p. 61-9.

25. Greenwood RM, Stefancic A, Tsemberis S, Busch-Geertsema V. Implementations of Housing First in Europe: Successes and challenges in maintaining model fidelity. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2013;16(4):290-312.
26. Evans S. Lições brasileiras de saúde, segurança e cidadania. Crack: Reduzir danos. Open Society Foundations; 2017.
27. Gaetz S, Scott F, Gulliver T, Crewson B, DiFalco A, Ross T, *et al*. Housing First in Canada: Supporting Communities to End Homelessness [Internet]. Canada Homelessness Research Network; 2013 [cited 2020 Sep 25]. Available from: www.homelesshub.ca/housingfirstcanada
28. Polvere LP, MacLeod T, Macnaughton E, Caplan R, Piat M, Nelson G, *et al*. Canadian Housing First toolkit: The At Home/Chez Soi experience. Calgary and Toronto Mental Health Commission of Canada and the Homeless Hub; 2014.
29. Tsemberis S, Stefancic A. Housing First for Long-Term Shelter Dwellers with Psychiatric Disabilities in a Suburban County: A Four-Year Study of Housing Access and Retention. *J Prim Prev*. 2007;28:265-79.
30. Ly A, Latimer E. Housing first impact on costs and associated cost offsets: A review of the literature. Vol. 60, *Canadian Journal of Psychiatry*. Canadian Psychiatric Association; 2015. p. 475-87.
31. Collins SE, Malone DK, Larimer ME. Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addict Behav*. 2012;37(8):931-9.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5 ed. Brasília: MS; 2004.
33. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: MS; 2004.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento) no componente de atenção residencial de caráter da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Diário Oficial da União; maio 2012.
35. Furtado JP. Avaliação de programas e serviços em saúde. In: Campos GW de S, Minayo C de S, Júnior MD, Carvalho YM de (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2nd ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 715-739.

36. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. Entre os campos científicos e burocrático – a trajetória da avaliação em saúde no Brasil. In: Akerman M (ed.). Práticas de Avaliação em Saúde no Brasil. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 20-61.
37. Hartz ZM de A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Fiocruz; 1997.
38. Samico I, Felisberto E, Frias PG de, do Espírito Santo ACG, Hartz Z. Desafios na Implantação de Programas. Rio de Janeiro: MedBook; 2015.
39. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P, Denis J-L. A Análise da Implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, editors. Avaliação: conceitos e métodos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-38.
40. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
41. Stufflebeam DL, Coryn CLS. Evaluation theory, models, and applications. San Francisco: Jossey-Bass & Pfeiffer Imprints, Wiley; 2014.
42. Yin RK, Davis D. Adding new dimensions to case study evaluations: The case of evaluating comprehensive reforms. *New Dir Eval.* 2007;2007(113):75-93.
43. Yin RK. Case Study Research and Applications. Case Study Research and Applications: Design and Methods. 2018. 352 p.
44. Stefancic A, Tsemberis S, Messeri P, Drake R, Goering PAS *et al.* The pathways housing first fidelity scale for individuals with psychiatric disabilities. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2013 Oct 1;16(4):240-61.
45. Schraiber LB. Engajamento Ético-Político e Construção Teórica na Produção Científica do Conhecimento em Saúde Coletiva. In: Baptista TW de F, Azevedo C da S, Machado CV, organizadores. Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. p. 33-57.
46. Bertaux D. L'approche biographique: sa validé méthodologique, ses potentialités. London: Sage; 1981.
47. Furtado JP, Onocko-Campos R. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. *Cad Saude Publica.* 2008;24(11):2671-80.

48. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trapé TL. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. Cad Saúde Pública. 2013 Jan;29(1):102-10.
49. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4(1).

CAPÍTULO 1

Fatores contextuais e implantação da intervenção *Housing First*: uma revisão da literatura

Resumo

O *Housing First* (HF) tem se difundido no cenário internacional como uma intervenção baseada em evidência para superar a situação de rua entre pessoas com agravos de saúde mental. No Brasil, o HF tem sido adotado como referência no desenvolvimento de iniciativas voltadas para pessoas em situação de rua que fazem uso prejudicial de drogas. Estudos apontam a necessidade de maior compreensão da dinâmica de implantação em diferentes cenários. De tal modo, utilizando método sistemático de revisão, identificamos e discutimos os fatores que influenciam a implantação do HF relatados na literatura. Foram selecionados 68 artigos, publicados entre 2003 e 2020, por meio das bases *PubMed*, *Scopus*, *PsychoINFO* e *Embase*. Identificamos fatores em quatro dimensões: características da intervenção, contexto de implantação, aspectos institucionais e processo de implantação. A indisponibilidade de habitações, a falta de coordenação dos serviços necessários aos moradores e a resistência dos agentes implantadores aos princípios do HF são fatores que dificultam a implantação. Por sua vez, agentes com valores, atitudes e competências convergentes ao modelo e formação permanente aparecem como facilitadores. Apontamos a necessidade de se compreender e favorecer o processo de integração do HF aos sistemas de proteção social existentes.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Habitação; Saúde mental.

Contextual factors and implementation of Housing First intervention: a literature review

Abstract

Housing First (HF) is has spread as an intervention to overcome homelessness among people with mental health problems. In Brazil, HF inspired initiatives focused on homeless people who abuse drugs implemented in the field of public policy. Studies indicate the need to expand our understanding of the dynamics of HF implementation in different contexts. Thus, using a systematic review method, we identified and discussed the factors that influence HF implementation reported in the scientific literature. 68 articles, published between 2003 and 2020, were selected through PubMed, Scopus, PsychoINFO, Embase, Lilacs and Scielo databases. We identified factors in four dimensions: intervention characteristics, implementation context, institutional aspects and implementation process. Factors identified as hindering the implementation of HF are: shortage of accessible housing, lack of coordination between services to address residents needs and the resistance of agents implementing HF to its principles. In turn, continuous education programs and convergence of the values, attitudes and competencies of agents with those of HF were identified as facilitating factors. We also point out the need to further explore and favor the integration of HF into existing social protection systems.

Keywords: Homeless people; Housing; Mental health.

Introdução

A compreensão da moradia como um direito social que desempenha papel fundamental no exercício da cidadania constitui o argumento central para a criação de intervenções do tipo moradia apoiada (*supportive housing*)^{1,2}, como o *Housing First*³, as quais buscam enfrentar a situação de rua entre pessoas com agravos de saúde mental, incluindo o decorrente do uso de drogas. Originalmente desenvolvido nos Estados Unidos em 1992⁴, o *Housing First* (HF) se constitui como uma proposta que assegura moradia permanente para pessoas em situação de rua, seja em unidades residenciais singulares ou congregadas (com várias unidades individuais em um mesmo prédio), combinando a oferta de serviços de apoio habitacional, clínicoⁱⁱ e de integração comunitária³.

O HF diferencia-se dos serviços tradicionais para pessoas em situação de rua por fornecer acesso à moradia sem o cumprimento de requisitos, tais como a adesão a tratamentos de saúde ou a abstinência do uso de drogas³. Na proposta, embora serviços de apoio sejam oferecidos, os próprios beneficiários decidem se querem e como vão participar (tipo de acompanhamento, intensidade e frequência). A ausência de pré-condições para o acesso à moradia constitui pressuposto do HF, assumindo-se que a estabilidade e a segurança de uma habitação permanente são decisivas para que outros problemas, tais como o uso prejudicial de drogas e agravos de saúde mental, sejam enfrentados³.

Stefanic *et al.*⁵ descreveram cinco elementos centrais que norteiam o modelo HF: i. superação de barreiras ao acesso e permanência na moradia; ii. promoção de uma ambiência de lar; iii. integração comunitária e enfrentamento ao estigma; iv. adoção da abordagem de redução de danos; e v. adoção da abordagem *recovery*ⁱ. No mesmo estudo, os autores desenvolveram uma escala que utiliza cinco dimensões para avaliar o grau de fidelidade quanto aos aspectos do HF acima mencionados.

O HF foi disseminado nos Estados Unidos⁴, Canadá⁶, países europeus⁷ e Austrália⁸ principalmente por meio de projetos-piloto experimentais, integrados a pesquisas avaliativas que apontaram a sua maior eficácia quando comparado a intervenções tradicionais de moradia para população em situação de rua. O tempo de

ⁱⁱ Utilizamos apoio clínico como tradução de *clinical support*, apontando que o conceito mais próximo na literatura nacional seria apoio psicossocial. No que diz respeito ao termo *recovery*, utilizaremos reabilitação social como equivalente, ao longo do texto, entendendo que tal aproximação não traz prejuízos para a compreensão deste estudo.

permanência é o principal indicador de eficácia utilizado, representado pelo percentual de pessoas – que chega a 80% -, as quais permanecem na moradia por mais de dois anos⁹. Resultados positivos também são relatados com relação à integração comunitária¹⁰, diminuição do uso de álcool e outras drogas^{11,12} e controle de HIV¹³. Estudos comparativos demonstram ainda que o HF está associado à diminuição de custos provocados pela utilização de outros serviços públicos, tais como abrigos, hospitais e prisões¹⁴.

Nos últimos anos, identificou-se o surgimento da discussão sobre o HF em países da América Latina e a implantação de iniciativas inspiradas no modelo no Uruguai e Chile¹⁵. Em 2014, o Governo Federal brasileiro¹⁶ adotou o HF como referência para o desenvolvimento de um conjunto de experiências locais de moradia assistida específicas para usuários de drogas em situação de rua^{17,18} e, mais recentemente, o tema vem sendo debatido no país como uma solução para a falta de moradia para a população em situação de rua em geral^{19,20}.

A rápida expansão do HF resultou em diferentes modificações da proposta original estadunidense, gerando incertezas de como as particularidades locais influenciam a eficácia da intervenção⁵, sendo apontada a necessidade de maior compreensão dos processos de implantação desse tipo de programa em diferentes cenários²¹. A ruptura com a abordagem “tratamento primeiro”, que exige da população em situação de rua a demonstração prévia de capacidades consideradas necessárias à estabilidade habitacional, implica mudanças expressivas no campo das políticas de atenção à população em situação de rua, nos níveis individual, organizacional e político, conferindo complexidade ao modelo HF^{22,23} e ao seu processo de implantação, que exige o envolvimento de diferentes grupos de interesse, a consideração de características locais, além de adaptações significativas nos sistemas de prestação de serviços existentes²⁴, ou seja, os chamados fatores contextuais.

Vários modelos conceituais buscam descrever fatores que favorecem ou inibem o processo de implantação de intervenções no campo da saúde²⁵. Na literatura específica sobre o HF, identifica-se estudo que discute aspectos da implantação do conjunto de projetos-piloto do HF no cenário canadense²⁶, entretanto não encontramos síntese crítica sobre a influência de fatores contextuais na implantação do modelo HF.

No contexto global de expansão do *Housing First* como uma intervenção promissora no enfrentamento da situação de rua, é fundamental compreender os caminhos

pelos quais o modelo vem sendo implantado e as variáveis subjacentes a esse processo. Assim, o estudo propôs identificar e discutir os aspectos que facilitam e dificultam a implantação do HF a fim subsidiar tanto o desenvolvimento da proposta original quanto o enfrentamento dos desafios provenientes de sua adaptação a diferentes contextos, incluindo o brasileiro.

Método

O levantamento de artigos foi realizado em março de 2020, nas bases *PubMed*, *Scopus*, *PsychoINFO*, *Embase*, *Lilacs* e *Scielo*, escolhidas por conterem um expressivo número de periódicos indexados e serem referência na área da saúde. Utilizamos a expressão "*housing first*" associada às palavras "*implementation*", "*translation*", "*fidelity*", "*dissemination*", "*variation*" e "*application*". A busca foi realizada pelo cruzamento dos assuntos, títulos e resumos. Optamos por não realizar um filtro para a data de publicação, para recuperar todos os trabalhos publicados até a data da busca.

A seleção obedeceu aos seguintes critérios de elegibilidade: estudo empírico publicado em periódico científico em qualquer idioma ou ano; intervenção definida como *Housing First* e destinada a pessoas em situação de rua, independentemente de outros grupos populacionais estarem incluídos; avaliação ou descrição de fatores relacionados ao processo de implantação de intervenções de HF. Para os propósitos da revisão, foram considerados fatores contextuais os elementos relatados como dificuldades e facilidades ao processo de implantação.

Com o apoio do gerenciador de referências *Mendeley*, todas as publicações levantadas nas bases de dados foram organizadas e as duplicações removidas. Posteriormente, os artigos foram exportados para o *software Rayyan*²⁷, onde foi realizada a análise dos títulos e resumos e, a partir dos critérios de elegibilidade acima descritos, excluídas as publicações irrelevantes para o estudo. Os artigos resultantes foram lidos integralmente, excluindo-se os não elegíveis. Por fim, as referências bibliográficas dos artigos selecionados foram verificadas manualmente para inclusão de outros estudos elegíveis anteriormente não identificados. O processo foi realizado, de forma independente, por dois pesquisadores com experiência prévia no tema da habitação em saúde mental e as discordâncias foram resolvidas por meio de discussão entre os dois pesquisadores.

A extração de dados dos artigos selecionados foi realizada por uma pesquisadora e verificada por outro pesquisador, ao longo do processo, para garantir precisão. As seguintes informações foram extraídas: dados da publicação (autoria, país de realização do estudo, área temática do periódico e ano de publicação); desenho do estudo (objetivo, método, participantes da pesquisa e referencial teórico); características da intervenção e do contexto (fase de implantação, órgão financiador, política setorial vinculada, organização responsável pela gestão e execução, arranjo institucional, público-alvo, tipo de moradia, serviços de apoio ofertados); e fatores que dificultaram ou facilitaram a implantação.

Os fatores contextuais extraídos dos artigos foram listados e agrupados em quatro dimensões, baseadas no *Consolidate Framework for Implementation Research* (CFIR)²⁵, modelo analítico utilizado no campo da saúde na identificação e compreensão dos fatores contextuais que influenciam o processo de implantação. As semelhanças entre os fatores evidenciados pelos estudos foram também identificadas, agrupadas e descritas. Por fim, os dados foram sintetizados a partir da interpretação da relação existente entre os fatores contextuais e as dimensões do *Housing First*, narrando como os elementos internos e externos da intervenção influenciam o processo de implantação do modelo.

Resultados

Foram identificadas 363 publicações, das quais foram selecionados 68 artigos atendendo os critérios de elegibilidade definidos no estudo (figura 1).

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos.

Características dos estudos e intervenções

Os 68 artigos selecionados abrangem o período entre 2003 e 2020, sendo a maior parte publicada entre 2014 e 2020 (quadro 1) e em periódicos classificados como da área Saúde, que abarcam 37 publicações, destacando-se a subárea da Saúde Mental com 10 artigos. Em seguida, destacam-se os periódicos das áreas de Habitação e Urbanismo, com 11 publicações; das Ciências Sociais e Política, com oito publicações; e de Psicologia Comunitária, com seis publicações. Artigos em menor número (entre um e quatro) encontram-se em revistas das áreas de Serviço Social e Drogas.

Quadro 1: Artigos incluídos na revisão

Aspecto da implantação	Estudo	Autor, Título, Revista	País
Execução do apoio aos moradores	E1	Barrenger SL <i>et al.</i> Discursive Processes Creating Team Culture and Recovery Orientation among Housing First Providers. <i>Am J Psychiatr Rehabil.</i> 2015 Jul 3;18(3):247-64.	EUA
	E2	Andvig ES <i>et al.</i> Harm reduction in a Norwegian housing first project: a qualitative study of the treatment providers' practice. <i>Adv Dual Diagn.</i> 2018;11(1):4-15.	Noruega
	E3	Tidderington E, Stanhope V, Henwood BF. A qualitative analysis of case managers' use of harm reduction in practice. <i>J Subst Abuse Treat.</i> 2013 Jan;44(1):71-7.	EUA
	E4	Watson DP <i>et al.</i> Housing First and harm reduction: A rapid review and document analysis of the US and Canadian open-access literature. <i>Harm Reduct J.</i> 2017;14(1).	EUA
	E5	Greenberg B <i>et al.</i> Supportive housing best practices in a mid-sized US urban community. <i>Housing, Care Support.</i> 2013;16(1):6-15.	EUA
	E6	Collins SE <i>et al.</i> Exploring transitions within a project-based housing first setting: Qualitative evaluation and practice implications. <i>J Health Care Poor Underserved.</i> 2012;23(4):1678-97.	EUA
	E7	Stanhope V. The ties that bind: Using ethnographic methods to understand service engagement. <i>Qual Soc Work.</i> 2012;11(4):412-30.	EUA
	E8	van den Berk-Clark C. The Dilemmas of Frontline Staff Working with the Homeless: Housing First, Discretion, and the Task Environment. <i>Hous Policy Debate.</i> 2016;26(1):105-22.	EUA
	E9	Brothers S <i>et al.</i> Food insecurity among formerly homeless youth in supportive housing: A social-ecological analysis of a structural intervention. <i>Soc Sci Med.</i> 2020 Jan 1;245:112724.	EUA
	E10	Worton SK. Examining peer networking as a capacity-building strategy for Housing First implementation. <i>J Community Psychol.</i> 2020 May 18;48(4):1147-62.	Canadá
Adaptação do HF a um contexto específico	E11	Ecker J <i>et al.</i> Implementation evaluation of a housing first program in a small Canadian City. <i>Can J Community Ment Heal.</i> 2014;33(4):23-40.	Canadá
	E12	Nolin D, Jetté J. Specific features of urban and rural areas: A comparative study on the results of the At Home/Chez Soi project in New Brunswick. <i>Can J Community Ment Heal.</i> 2015;33(4):125-40.	Canadá
	E13	Stefancic A <i>et al.</i> Implementing Housing First in rural areas: Pathways Vermont. <i>Am J Public Health.</i> 2013;103 Supp 2:S206-209.	EUA
	E14	Jetté J <i>et al.</i> The implementation of a Housing First intervention in Canadian rural region <i>Can J Community Ment Heal.</i> 2015;33(4):41-59.	Canadá
	E15	Austin EL <i>et al.</i> VA's expansion of supportive housing: Successes and challenges on the path toward housing first. <i>Psychiatr Serv.</i> 2014 May 1; 65(5):641-7.	EUA

	E16	Kriegel LS <i>et al.</i> Implementation and Outcomes of Forensic Housing First Programs. <i>Community Ment Health J.</i> 2016;52(1):46-55.	EUA
Aspectos gerais do processo de implantação	E17	De Ara CGG <i>et al.</i> Housing first: At home recovery of severe mental disorder. <i>Rev Med Suisse.</i> 2017;13(575):1605-9.	Suíça
	E18	Fleury M-J, Grenier G, Vallée C. Evaluation of the implementation of the Montreal at home/chez soi project. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2014;14(1).	Canadá
	E19	Benjaminsen L. Policy Review Up-date: Results from the Housing First based Danish Homelessness Strategy. <i>Eur J Homelessness.</i> 2013;7(2):109-31.	Dinamarca
Aspectos institucionais	E20	Nicholls CM, Atherton I. Housing First: Considering components for successful resettlement of homeless people with multiple needs. <i>Hous Stud.</i> 2011;26(5):767-77.	EUA
	E21	Weinzierl C, Wukovitsch F, Novy A. Housing First in Vienna: a socially innovative initiative to foster social cohesion. <i>J Hous Built Environ.</i> 2016;31(3):409-22.	Áustria
	E22	Kertesz SG <i>et al.</i> Making Housing First Happen: Organizational Leadership in VA's Expansion of Permanent Supportive Housing. <i>J Gen Intern Med.</i> 2014 Nov 21;29(4):835-44.	EUA
	E23	Nelson G, Worton SK, Macnaughton E, Tsemberis S, MacLeod T, Hasford J, <i>et al.</i> Systems change in the context of an initiative to scale up Housing First in Canada. <i>J Community Psychol.</i> 2019 Jan 1 47(1):7-20.	Canadá
Avaliação ou análise da intervenção utilizando como parâmetro a fidelidade ao modelo HF	E24	Gilmer TP <i>et al.</i> Variation in the implementation of California's full service partnerships for persons with serious mental illness. <i>Health Serv Res.</i> 2013; 48:2245-67.	EUA
	E25	Greenwood RM <i>et al.</i> Implementations of housing first in Europe: Successes and challenges in maintaining model fidelity. <i>Am J Psychiatr Rehabil.</i> 2013;16(4):290-312.	Europa
	E26	Kertesz SG <i>et al.</i> Housing first on a large scale: Fidelity strengths and challenges in the VA's HUD-VASH program. <i>Psychol Serv.</i> 2017;14(2):118-28.	EUA
	E27	O'Campo P <i>et al.</i> Strategies to balance fidelity to Housing First principles with local realities: lessons from a large urban centre. <i>J Health Care Poor Underserved.</i> 2015 May;26(2):536-53.	Canadá
	E28	Macnaughton E <i>et al.</i> Implementing Housing First Across Sites and Over Time: Later Fidelity and Implementation Evaluation of a Pan-Canadian Multi-site Housing First Program for Homeless People with Mental Illness. <i>Am J Community Psychol.</i> 2015 Jun 1;55(3-4):279-91.	Canadá
	E29	Nelson G <i>et al.</i> Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: A mixed methods approach. <i>Eval Program Plann.</i> 2014 Apr;43:16-26.	Canadá
	E30	Stergiopoulos V <i>et al.</i> Moving from rhetoric to reality: Adapting Housing First for homeless individuals with mental illness from ethno-racial groups. <i>BMC Health Serv Res.</i> 2012;12(1).	Canadá
	E31	Gilmer TP <i>et al.</i> Fidelity to the housing first model and variation in health service use within permanent supportive housing. <i>Psychiatr Serv.</i> 2015 Dec 1;66(12):1283-9.	EUA
	E32	Gilmer TP <i>et al.</i> Fidelity to the housing first model and effectiveness of permanent supported housing programs in California. <i>Psychiatr Serv.</i> 2014;65(11):1311-7.	EUA
	E33	Macnaughton E <i>et al.</i> Navigating complex implementation contexts: Overcoming barriers and achieving outcomes in a national initiative to scale out housing first in Canada. <i>Am J Community Psychol.</i> 2018;62(1-2):135-49.	Canadá
	E34	Gilmer TP <i>et al.</i> Variations in full service partnerships and fidelity to the housing first model. <i>Am J Psychiatr Rehabil.</i> 2013;16(4):313-28.	EUA
	E35	Watson DP <i>et al.</i> The Housing First Model (HFM) fidelity index: designing and testing a tool for measuring integrity of housing programs that serve active substance users. <i>Subst Abuse Treat Prev Policy.</i> 2013;8(1):16.	EUA
	E36	Fenwick K <i>et al.</i> Exploring Variation in Housing First Implementation: The Role of Fit. <i>Hum Serv Organ Manag Leadersh Gov.</i> 2019;43(5):392-406.	EUA
Processos de estruturação das moradias	E37	Dickson-Gomez J <i>et al.</i> Identifying variability in permanent supportive housing: A comparative effectiveness approach to measuring health outcomes. <i>Am J Orthopsychiatry.</i> 2017;87(4):414-24.	EUA
	E38	Chen PM. Housing first and single-site housing. <i>Soc Sci.</i> 2019;8(4).	EUA

	E39	Zerger S <i>et al.</i> Understanding Housing Delays and Relocations Within the Housing First Model. J Behav Health Serv Res. 2016;43(1):38-53.	Canadá
	E40	Pankratz C, Nelson G, Morrison M. The implementation of a rent assistance program and its impacts on recovery outcomes for individuals experiencing chronic homelessness. Can J Community Ment Heal. 2018;37(1):49-63.	Canadá
	E41	Henwood BF, Stanhope V, Padgett DK. The role of housing: a comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs. Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res. 2011 Mar; 38(2):77-85.	EUA
	E42	Colombo F, Saruis T. Social innovation and local welfare: A comparative case study on housing first in Italy and Sweden. Vol. 33, Journal fur Entwicklungspolitik. Mattersburger Kreis fur Entwicklungspolitik; 2017. p. 85-111.	Itália
	E43	Kertesz SG <i>et al.</i> The role and meaning of interim housing in housing first programs for people experiencing homelessness and mental illness. Am J Orthopsychiatry. 2014;84(4):431-7.	Canadá
	E44	Verdouw J, Habibis D. Housing First programs in congregate-site facilities: can one size fit all? Hous Stud. 2018;33(3):386-407.	Austrália
	E45	Bullen J, Baldry E. 'I waited 12 months': how does a lack of access to housing undermine Housing First? Int J Hous Policy. 2019;19(1):120-30.	Austrália
	E46	Bullen J, Fisher KR. Is Housing First for Mental Health Community Support Possible During a Housing Shortage? Soc Policy Adm. 2015;49(7):928-45.	Austrália
Fatores relacionados à pré-implantação (planejamento, construção da agenda, formação permanente)	E47	Hasford J <i>et al.</i> Knowledge translation and implementation of housing first in Canada: A qualitative assessment of capacity building needs for an evidence-based program. Eval Program Plann. 2019 Aug 1;75:1-9.	Canadá
	E48	Worton SK <i>et al.</i> Understanding Systems Change in Early Implementation of Housing First in Canadian Communities: An Examination of Facilitators/Barriers, Training/Technical Assistance, and Points of Leverage. Am J Community Psychol. 2018;61(1-2):118-30.	Canadá
	E49	Nelson G <i>et al.</i> Collaboration and involvement of persons with lived experience in planning Canada's At Home/Chez Soi project. Health Soc Care Community. 2016;24(2):184-93.	Canadá
	E50	Macnaughton E, Nelson G, Goering P. Bringing politics and evidence together: Policy entrepreneurship and the conception of the At Home/Chez Soi Housing First Initiative for addressing homelessness and mental illness in Canada. Soc Sci Med. 2013;82:100-7.	Canadá
	E51	Nelson G <i>et al.</i> Planning a Multi-site, Complex Intervention for Homeless People with Mental Illness: The Relationships Between the National Team and Local Sites in Canada's At Home/Chez Soi Project. Am J Community Psychol. 2013;51(3-4):347-58.	Canadá
	E52	Keller C <i>et al.</i> Initial implementation of housing first in five Canadian cities: How do you make the shoe fit, when one size does not fit all? Am J Psychiatr Rehabil. 2013 Oct 1;16(4):275-89.	Canadá
Influência da implantação nos resultados do programa	E53	Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing first for people with severe mental illness who are homeless: A review of the research and findings from the at Home-Chez soi demonstration project. Can J Psychiatry. 2015;60(11):467-74.	Canadá
	E54	Davidson C <i>et al.</i> Association of housing first implementation and key outcomes among homeless persons with problematic substance use. Psychiatr Serv. 2014 Nov 1;65(11):1318-24.	EUA
	E55	Appel PW, Tsemberis S, Joseph H, Stefancic A, Lambert-Wacey D, P.W. A, <i>et al.</i> Housing first for severely mentally ill homeless methadone patients. J Addict Dis. 2012 Jul 1;31(3):270-7.	EUA
Percepção dos grupos de interesse sobre a implantação do HF	E56	Henwood BF <i>et al.</i> Examining provider perspectives within housing first and traditional programs. Am J Psychiatr Rehabil. 2013 Oct 1;16(4):262-74.	EUA
	E57	Volk JS <i>et al.</i> The at home / Chez Soi project: Community partners' perspectives on the implementation of housing first in Moncton. Can J Community Ment Heal. 2015;33(4):77-90.	Canadá
	E58	Felton BJ. Innovation and Implementation in Mental Health Services for Homeless Adults: A Case Study. Community Ment Health J. 2003;39(4):309-22.	EUA
	E59	Johnsen S, Teixeira L. "Doing it Already?": Stakeholder Perceptions of Housing First in the UK. Int J Hous Policy. 2012;12(2):183-203.	Reino Unido

	E60	Macnaughton EL, Goering PN, Nelson GB. Exploring the value of mixed methods within the at home/chez Soi housing first project: A strategy to evaluate the implementation of a complex population health intervention for people with mental illness who have been homeless. <i>Can J Public Heal</i> 2012;103:S57-62.	Canadá
	E61	Kennedy J, Arku G, Cleave E. The experiences of front-line service providers of Housing First programme delivery in three communities in Ontario, Canada. <i>Int J Hous Policy</i> . 2017;17(3):396-416.	Canadá
	E62	Kennedy J <i>et al.</i> Service providers' perspectives and residents' experiences with the implementation of "Housing First" program in the city of London, Ontario, Canada. <i>Hous Soc</i> . 2016;43(2):82-102.	Canadá
Processo de elegibilidade dos participantes	E63	Osborne M. Who Gets "Housing First"? Determining Eligibility in an Era of Housing First Homelessness. <i>J Contemp Ethnogr</i> . 2019;48(3):402-28.	EUA
	E64	Anderson-Baron JT, Collins D. Not a "forever model": the curious case of graduation in Housing First. <i>Urban Geogr</i> . 2018;39(4):587-605	Canadá
	E65	Namian D. Governing homelessness through instruments: a critical perspective on housing first's policy instrumentation. <i>Crit Policy Stud</i> . 2020 Jul 2;14(3):303-18.	Canadá
Sustentabilidade	E66	Kumar N <i>et al.</i> Sustaining housing first after a successful research demonstration trial: Lessons learned in a large urban center. <i>Psychiatr Serv</i> . 2017;68(7):739-42.	Canadá
	E67	Nelson G <i>et al.</i> What Happens After the Demonstration Phase? The Sustainability of Canada's At Home/Chez Soi Housing First Programs for Homeless Persons with Mental Illness. <i>Am J Community Psychol</i> . 2017;59(1-2):144-57.	Canadá
	E68	Stergiopoulos V <i>et al.</i> Dynamic Sustainability: Practitioners' Perspectives on Housing First Implementation Challenges and Model Fidelity Over Time. <i>Res Soc Work Pract</i> . 2016;26(1):61-8.	Canadá

A maioria das pesquisas abordou a implantação do HF nos Estados Unidos e no Canadá, totalizando 85% dos estudos analisados. Os contextos europeu e australiano compõem o restante dos estudos com seis e quatro artigos respectivamente. Predominam dados produzidos por meio de métodos qualitativos (72%), utilizando grupo focal e entrevistas, sendo quatro estudos exclusivamente quantitativos²⁸⁻³⁰. A maioria dos estudos teve mais de um grupo de interesse como fonte de informação, sendo trabalhadores e gestores os mais envolvidos (n=43), seguidos por beneficiários (n=35).

Os desenhos metodológicos explicitados nos artigos indicam abordagens avaliativas (n=11), estudo de caso (n=15), etnografia (n=4) e *grounded theory* (n=7); e os 18 estudos que informam referencial teórico ou conceitual apontam o Interacionismo simbólico, o Construtivismo^{31,32}, os *frameworks* oriundos da ciência da implantação^{30,33-39}, as teorias da mudança e transformação^{23,40-43} e *Street Level Bureaucracy*^{44,45}.

De maneira geral, a implantação foi abordada com base no binômio estruturação das moradias e oferta de apoio aos moradores, tendo como parâmetros a qualidade das ações executadas e a fidelidade ao modelo original HF. Um conjunto menor de artigos explorou o momento inicial da implantação, especialmente aspectos relacionados ao

planejamento e a condições locais para implantação da intervenção. Quatro artigos tiveram como tema central a sustentabilidade das intervenções⁴⁶⁻⁴⁹.

Quase um terço ou 21 estudos analisaram intervenções-piloto de HF, sendo 18 oriundas do projeto canadense *At Home Chez Soi*⁶, maior estudo experimental do HF já desenvolvido¹², que avaliou os resultados e o processo de implantação do modelo em cinco cidades do país e atendeu aproximadamente 2 mil pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental. Ainda no contexto canadense, identificam-se estudos que examinaram intervenções vinculadas a outra iniciativa financiada pelo Governo Federal para expandir o HF – o *Homelessness Partnering Strategy (HPS)*⁴³. Nas pesquisas estadunidenses, prevalecem estudos de programas derivados do projeto *Full-Service Partnerships (FSPs)*¹², financiado por fundo de serviço de saúde mental do estado da Califórnia (*Mental Health Services Fund – MHSF*) e da iniciativa firmada entre o setor federal de habitação e urbanismo – *US Department of Housing and Urban Development (HUD)* e serviços de moradia apoiada para veteranos – *VA's Supportive Housing Services (VASH)*⁴³. O projeto-piloto *Housing First Europe*⁷ e a iniciativa *Inner City Integrated Services Coalitions*⁴³ destacam-se dentre os estudos europeus e australianos.

A maior parte dos estudos não informou a natureza jurídica da organização responsável pela intervenção (pública ou privada), a fonte de financiamento e o modelo de gestão adotado. Dentre os que o fizeram, destacam-se: saúde mental e habitação como os setores responsáveis pela intervenção; fontes governamentais federais como principal fonte de financiamento; e organizações não governamentais, tais como as instituições prestadoras dos serviços que compõem as intervenções.

Os estudos abordaram essencialmente programas de HF implantados em áreas urbanas e três pesquisas incluíram iniciativas desenvolvidas no meio rural⁵⁰⁻⁵². Dos artigos que especificaram as características dos beneficiários das intervenções, pessoas em situação de rua com agravos de saúde mental e/ou uso de drogas foi o público-alvo predominante. Alguns programas atenderam pessoas com vivência de rua em situações específicas: pessoas jovens⁵³, pessoas negras com agravos de saúde mental⁵⁴, mulheres com filhos⁴², pessoas atendidas em serviços do sistema penal⁵⁵ e veteranas de guerra^{40,41}.

O tipo de moradia e de serviços de apoio ofertados pelos programas não é especificado em todos os estudos. Identificam-se programas que utilizaram apartamentos individuais dispersos, unidades congregadas nas quais os participantes moravam com

outros beneficiários em um mesmo edifício e finalmente aqueles que adotaram as duas opções de moradia.

Os serviços de apoio são predominantemente ofertados por meio de Case Management (Gerenciamento de Casos) ou integrando o Gerenciamento de Casos e o ACT (*Assertive Community Treatment* ou Tratamento Assertivo na Comunidade). Ambos constituem modelos de cuidado de base comunitária indicados pelo HF como proposta de operacionalização do apoio a ser ofertado aos moradores. O ACT é mais frequentemente empregado para pessoas com grande necessidade de apoio em saúde mental e o Gerenciamento de Casos, para aquelas com necessidades moderadas⁵⁶. Os estudos que abordaram programas que utilizaram somente o ACT aparecem com menor destaque^{29,47,50,57-59}.

Fatores que influenciam a implantação do HF

As dificuldades e facilidades enfrentadas no processo de implantação do HF são aqui analisadas com base em quatro dimensões: características da proposta, contexto social no qual a intervenção foi introduzida (beneficiários, rede de serviços locais e comunidade), aspectos institucionais (valores, atitudes, competências, recursos e coordenação das ações do programa) e processo de execução da proposta (seleção dos participantes, estruturação das moradias e oferta de apoio aos beneficiários). No quadro 2, os fatores estão agrupados conforme representem barreiras ou facilitadores e as respectivas fontes indicadas segundo a numeração dos estudos estabelecida no quadro 1.

Quadro 2: Fatores que influenciam a implantação do HF sistematizados a partir dos estudos referenciados no quadro 1.

Fatores	Dificultadores	Facilitadores
Características da intervenção		
Origem	<ul style="list-style-type: none"> • Formulação do modelo por agentes externos (E18, E49, E58, E51) • Especificidade da área de surgimento da intervenção (saúde mental) (E18) 	
Evidências	<ul style="list-style-type: none"> • Evidências insuficientes sobre a efetividade para pessoas que usam drogas (E59) • Percepção de que o modelo adota estratégias já utilizadas (E59) 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção do HF como uma solução mais efetiva do que outros modelos na resolução da situação de rua (E58) • Robustez das evidências sobre efetividade do HF (E49)

Lógica do modelo	<ul style="list-style-type: none"> • Baixa permeabilidade do modelo ao contexto (E18,E62) • Indefinição conceitual e operacional sobre a Redução de Danos no modelo HF (E63,64) • Pouca clareza sobre a operacionalização do acompanhamento na moradia (64) • Modelo exige elevado grau de interação com organizações e agentes de diferentes setores (E18,E47) • Modelo pressupõe mudança de paradigma, valores e atitudes (E18,E47) 	
Contexto de implantação		
Características dos Beneficiários		
Atitudes e costumes	<ul style="list-style-type: none"> • Uso intenso de drogas (E20,E28,E41,E40) • Inadimplência com o aluguel (E18) • Conflito com locador e profissional de apoio (E62) • Não comparecimento aos encontros firmados com equipe de acompanhamento (E2,E18) • Percepção negativa sobre experiências em serviços anteriores (E61) • Permanência de convidados não autorizados na moradia (E38,E40) • Resistência em utilizar serviços públicos de alimentação e falta de habilidade para preparo de alimentos (E9) • Diversidade cultural e linguística dos moradores (E30) 	
Necessidades e recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de atendimento das necessidades de saúde, trabalho e educação dos moradores (E3,E27,E29,E61,E62) • Falta de flexibilidade para acomodação de famílias (61) • Isolamento e solidão (E18,E28,E37,E38,E60) • Ausência de renda mínima (E9,E18,E42,E57,E62) • Falta de transporte público (E29) • Pouca oportunidade de inserção no mercado de trabalho (E14) • Pouco envolvimento dos participantes na avaliação do programa (E11,E68) 	<ul style="list-style-type: none"> • Acesso a computador e internet (E13) • Participação dos moradores no planejamento dos serviços (E54)
Rede de serviços e comunidade		
Abertura à proposta	<ul style="list-style-type: none"> • Instituições pouco permeáveis ao novo modelo (E16,E17,E18,E19,E20,E25,E26,E42,E47,E51,E56,E58) • Falta de engajamentos das autoridades governamentais locais (E18,E20) • Percepção de que a nova intervenção prejudica os serviços tradicionais existentes (E58,45) • Agentes de serviços tradicionais locais sentem-se desqualificados (E48,E58) 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes políticos com credibilidade ajudam na construção da agenda de implantação (E50)
Estrutura	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo número de serviços disponíveis para atender as necessidades dos moradores (E25,E28,E37,E62) 	<ul style="list-style-type: none"> • Existência de rede de serviços de apoio comunitários complementares à intervenção (E9,E29)
Estigma	<ul style="list-style-type: none"> • Atitudes de intolerância, estigma, preconceito e discriminação por parte dos proprietários e vizinhos (E12,E14,E20,E29,E38,E57,E60) 	
Aspectos institucionais		
Inserção da instituição responsável	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição externa à rede local (E58) • Instituição externa ao campo da saúde mental (E18) • Falta de experiência na integração de pessoas que estiveram em situação de rua (pares) como membros da equipe (E49) • Cultura organizacional não alinhada com a abordagem de Redução de Danos (E48) 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiência prévia com serviços de moradia para população em situação de rua (E30) • Envolvimento na defesa dos direitos do público atendido (<i>advocacy</i>) (E62)
Valores, crenças e atitudes dos gestores e equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade em romper com a lógica do tratamento primeiro e adotar a abordagem de Redução de Danos (E4,E17,E19,E42,E61,E62) 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe e gestores com valores, habilidades e atitudes alinhadas aos objetivos do modelo (E24,E29,E34, E49)

Capacidades e competências dos gestores e equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Julgamento moral acerca do merecimento da moradia (E25) • Falta de adesão da equipe a escolha de moradia do participante (E43) • Atitudes, autoritárias, estigmatizantes e hostis (E1,E24,E26) • Ambiguidade com relação ao tempo de permanência dos beneficiários no programa (E64) • Prioridades e expectativas conflitantes entre profissionais do serviço de habitação e gerentes de caso (E39) • Falta de compreensão dos princípios do HF (E48) • Equipe sem qualificação e repertório prático de competências consideradas essenciais à implantação (redução de danos, entrevista motivacional, planejamento centrado no usuário, abordagem racial (E4,E6,E27,E29,E30,E33,E35,E36,E57) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atitudes positivas da gestão de alto escalão (alocação de recursos, monitoramento de performance e participação dos gestores de médio escalão) (E15) • Liderança do gestor local (habilidade de tomada de decisão, comunicação clara e direta, promoção de clima cooperativo) (E29) • Clareza sobre o modelo HF (E20) • Habilidade e autonomia para realizar julgamentos clínicos (E3) • Capacidade de manter bom relacionamento com os locadores (E60) • Equipe com experiência prévia em serviços de moradia assistida (E24,E29,E34) • Boa comunicação com pessoas com transtorno mental grave (55) • Equipe com capacidade de integrar o cuidado em álcool e drogas ao apoio de saúde mental (17) • Treinamento e supervisão técnica permanente conduzido por pessoas experientes no modelo HF (E52)
Educação permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de supervisão técnica para equipe (E18) • Falta de treinamento para enfrentamento de problemas habitacionais (mudança de casa e realocação) e de agravos de saúde mental (E26,E29) 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrutura de governança que define papéis e responsabilidades, resolve conflitos, articula rede de serviços e tem boa comunicação (E15,E20,E29, E49)
Coordenação das ações do programa	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de coordenação entre equipes internas (apoio habitacional e clínico) (E18,E20,E27 E33,E57,E60,E66,E68) e com outros prestadores de serviços necessários para atender as múltiplas necessidades dos moradores (E6,E58,E18,E24,E27,E29,E30,E34,E48,E62,E66) • Pouca clareza na definição dos papéis e competências das equipes de apoio habitacional e clínico (E29,E57) • Equipe de apoio sobrecarregada pelo acúmulo de tarefas clínicas e habitacionais (E7,E15,E26,E29) 	<ul style="list-style-type: none"> • Espaços permanentes de planejamento e discussão intersetorial com os diferentes agentes envolvidos (E30) • Parceria com equipamentos e setores governamentais para facilitar o acesso a unidades habitacionais e benefícios de transferência de renda (E29) • Parceria com locadores para solucionar conflitos e favorecer manutenção da moradia (E29)
Processos de execução		
Elegibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização de critérios de elegibilidade que desfavorece grupos com menor acesso a serviços públicos e mais vulneráveis (E5,E36,E26,E66,E63,E65) • Expectativa de cumprimento de critérios para acesso às moradias (tratamento e grau de funcionalidade) (E34) • Excesso de discricionariedade da equipe na elegibilidade dos participantes (E8,E46) • Restrição de possibilidades de escolha do tipo e local de moradia aos participantes em decorrência do grau de necessidade de apoio e histórico de comportamento (E16,E25) 	
Estruturação das moradias		
Acesso a imóveis no mercado privado	<ul style="list-style-type: none"> • Preconceito e estigma por parte dos proprietários (E1,E11,E14,E40,E60) • Exigências específicas de locação, por parte dos proprietários, para participantes do programa (verificação de antecedentes criminais, histórico de crédito) (E17,E37,E38) • Escassez de moradias acessíveis e em locais de interesse (E11,E14,E15,E16,E18,E19,E20,E27,E28,E29,E33,E36,E38,E39,E43,E45,E60,E61,E62,E68) • Desinteresse do mercado imobiliário (privado e empresas públicas) em apoiar a intervenção (E42) 	

Acesso a imóveis públicos	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades de negociação (tempo e habilidade) com locatários (E20) • Falta de mecanismo estruturado para busca de moradias (E26,E36) • Falta de financiamento para programas de habitação social (E27) • Baixa integração do programa com o setor de habitação pública (E15,E21) • Limitação na quantidade de habitações sociais disponíveis (E25) 	<ul style="list-style-type: none"> • Arranjo misto de cuidado (gestão de caso e tratamento assertivo na comunidade) (E13) • Utilização de tecnologia à distância para acompanhamento dos moradores (E13) • Execução de ações para estabilização econômica dos participantes (solicitação de benefícios de transferência de renda e planejamento financeiro) (E2) • Trabalhar com vizinhos e proprietários na prevenção de situações de crise (E2) • Conhecimento sobre os recursos comunitários disponíveis e adequados para os beneficiários (E2) • Envolvimento de pares no estabelecimento de uma relação positiva entre morador e equipe (E10,E29) • Separação entre equipe de apoio clínico e habitacional (E41) • Consideração de aspectos socioeconômicos (raça, idade, gênero) na escolha dos técnicos de referência dos moradores (E3)
Acesso a subsídios habitacionais	<ul style="list-style-type: none"> • Subsídios habitacionais inadequados e insuficientes para custear aluguel, estruturação e manutenção da moradia (E8,E15,E19,E20,E26,E33,E37,E39,E40,E42,E48,E60,E61,E62) • Experiência limitada de governos locais na concessão de subsídios habitacionais para população em situação de rua (E20) 	
Apoios aos moradores	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de divisão dos custos do programa entre os setores envolvidos na intervenção (E17) • Dificuldade em manter regularidade e intensidade do apoio clínico aos moradores (E5,E6,E26,E30,E44,E53) • Prevalência da atuação na solução de problemas habitacionais sobre o acompanhamento de adaptação à moradia (E68) • Moradias distantes das bases da equipe (E11,E12,E14,E37,E68) • Dificuldade de manutenção de equipe 24 horas (E11) • Utilização de práticas controladoras e de alta exigência (E32,E68) • Rotatividade de profissionais e gestores (E18,E28) • Falta de recursos para estruturação completa dos serviços de apoio (E11) • Equipes insuficientes para garantir apoio intensivo aos moradores (E14,E19,E26,E57,E62) • Dificuldade em efetivar a integração de pares na equipe (E52) 	

Discussão

A transposição de uma proposta de intervenção para situações concretas encontra apoios e resistências no contexto local^{60,61}. No caso do HF, destacam-se fatores que, interagindo entre si, facilitam ou comprometem o processo de implantação: configuração do sistema habitacional local; arranjos e processos adotados na execução do apoio habitacional e psicossocial; capacidade da rede de serviços comunitários; e percepções, valores e atitudes dos indivíduos envolvidos na intervenção (beneficiários, prestadores de serviços, gestores, proprietários de imóveis e membros da vizinhança).

A percepção dos agentes implantadores (gestores e equipes) em relação ao modelo HF gera resistências e oportunidades ao processo de implantação. Percebe-se que o conjunto de evidências disponíveis sobre o modelo, assim como sua origem, confere legitimidade à intervenção e favorece a adesão de atores e instituições à proposta. Entretanto, sendo tal proposta concebida externamente, esses agentes percebem que a capacidade comunitária não é devidamente considerada no planejamento e na implantação da intervenção e que há pouca permeabilidade do modelo original para adaptações locais. É de notar também que, quando a oportunidade de implantação acontece por meio de projetos-piloto, a incerteza sobre a sustentabilidade da intervenção, após o período demonstrativo, parece também influenciar a falta de engajamento^{62,63}.

Atitudes que desviam fundamentos estabelecidos no HF^{35,46,64,65}, especialmente no que diz respeito à focalização do programa em pessoas com necessidades mais complexas (tais como as que fazem uso intenso de drogas e possuem baixa adesão a tratamentos de saúde) comprometem de forma crítica a implantação do modelo conforme concebido. Por exemplo, o estabelecimento de critérios e limites para permanência dos participantes no programa^{44,66,67} relativiza a diferenciação do modelo no quesito transitoriedade, uma vez que a moradia pode se tornar temporária, favorecendo a alternância entre a vida nas ruas, instituições públicas e habitações precárias.

Essas e outras práticas executadas diretamente pelos agentes da implantação, que contariam os pressupostos da redução de danos, podem estar associadas a processos mais amplos de reprodução de desigualdades sociais^{68,69}, o que pode representar um maior desafio quando a implantação se desenvolve em estruturas de relações sociais tão desiguais, tal como no caso brasileiro⁷⁰. Esse tipo de atuação é amplamente relatado na literatura de políticas públicas sobre discricionariedade, incluindo estudo brasileiro no campo do cuidado relacionado ao uso de drogas⁷¹.

Vencer as barreiras de acesso à moradia e, ao mesmo tempo, garantir apoio intensivo aos moradores constitui o processo central de implantação do HF, missão robusta que exige capacidade técnica, organizacional e de governança. Embora o modelo HF admita que os profissionais das duas áreas que compõem o programa (habitacional e clínica) trabalhem tanto separadamente quanto em uma mesma equipe⁵⁶, diferenças nesses arranjos impactam diretamente a regularidade e intensidade do acompanhamento dos moradores^{26,63,72-75}. Obstáculos na adequação do apoio clínico predominam nos diferentes contextos, até mesmo na experiência canadense⁷⁶, considerada a mais

consistente ao modelo original HF. Essas limitações podem ajudar a explicar parcialmente as intervenções que não conseguem alcançar melhorias na condição de saúde dos moradores^{74,77}. Importa ressaltar que fatores de outras dimensões, tais como moradias distantes das bases das equipes e rotatividade de profissionais, também interagem desfavorecendo a qualidade do acompanhamento dos moradores.

A utilização de arranjos mistos de cuidado⁷⁸ que garantam atenção à diversidade e complexidade das necessidades dos moradores, assim como clareza na definição dos papéis, são estratégias que podem diminuir conflitos entre profissionais com diferentes culturas institucionais e promover maior capacidade de implantação. Entretanto, nos casos em que as modalidades de apoio habitacional e clínico são prestadas por diferentes instituições e/ou pertencem a diferentes sistemas, estruturas de governança mais robustas são exigidas para garantir a coordenação dos serviços. Independentemente do arranjo adotado, destaca-se a preocupação de que os responsáveis pelo acompanhamento clínico não sejam sobrecarregados com a solução de problemas de estruturação e manutenção das moradias e acabem por adotar uma postura passiva em relação ao investimento na reabilitação psicossocial^{73,79}.

Dificuldades específicas para colocar em prática a proposta da Redução de Danos são atribuídas à pouca clareza conceitual e operacional dessa abordagem no âmbito do HF, além da ausência de repertório prático, por parte dos agentes, de competências consideradas essenciais à sua implantação, com destaque para técnicas de entrevista motivacional, planejamento centrado no usuário e manejo clínico de situações de crise^{52,63,65,80}. Por outro lado, a quantidade e a qualidade da interação entre equipe e usuário são apontadas como fator determinante para a construção de relacionamentos positivos que favoreçam a prática da Redução de Danos e do *Recovery*^{59,81}, assim como a oferta de apoio voltado ao enfrentamento da insuficiência econômica dos moradores⁸¹. Gestores e equipes, com valores, atitudes e competências técnicas alinhadas aos princípios do HF, bem como oferta de formação permanente, são relatados como elementos que impulsionam o processo de implantação.

Limitações dos serviços comunitários existentes, que atuam de forma complementar ao HF para atendimento das múltiplas necessidades dos moradores, indicam que as barreiras historicamente enfrentadas por esse público para acesso a bens e serviços básicos (saúde, subsídios de renda mínima, transporte público e meios de comunicação) exigem parcerias e acordos locais mais robustos para a sua superação. O

não atendimento dessas necessidades afeta negativamente a implantação, ainda que de outras formas. Por exemplo, a falta de transporte e de telefone dificulta a manutenção de vínculo com familiares e amigos, a participação na vida da cidade e a marcação das visitas de acompanhamento, sendo fatores associados aos sentimentos de isolamento e solidão dos moradores⁸². O mesmo pode ser afirmado para a falta de engajamento e adesão deles ao programa, a qual pode ser influenciada por experiências negativas em programas similares, falta de transporte para comparecer aos serviços e irregularidade dos serviços ofertados na rede.

A dificuldade de acesso a imóveis e subsídios habitacionais adequados e suficientes, relatada em mais da metade dos estudos analisados e presente em todos os países representados na revisão, aparece como um fator inibidor persistente à materialização do outro componente central da proposta HF: o acesso facilitado à moradia permanente, respeitando a escolha dos participantes. Para além das condições locais do sistema habitacional, que inclui limitações das políticas de habitação social e do mercado imobiliário privado, a indisponibilidade de moradias aparece também associada ao estigma e ao preconceito dos proprietários de imóveis com os postulantes a inquilinos, o que dificulta a estruturação das moradias no tempo e nos locais desejados e implica recorrentes processos de realocação dos participantes em decorrência de conflitos e despejos. Sendo o sistema habitacional um dos maiores desafios não só ao processo de implantação do HF, mas também de desenvolvimento em escala e com sustentabilidade da proposta, o debate sobre sua implantação precisa considerar a crise habitacional vivenciada globalmente e suas particularidades regionais e locais⁸³.

Compreende-se que a sistematização dos fatores contextuais nas dimensões propostas e nas categorias dificuldades e facilidades constituiu importante instrumento exploratório para identificar questões relevantes na experiência de implantação do HF, bem como os diferentes níveis em que operam (individual, institucional e social). Entretanto, tal divisão deve ser relativizada, uma vez que os aspectos que constituem o contexto estão relacionados entre si e se configuram como barreiras e/ou facilidades em diferentes graus de importância e intensidade, a depender, por exemplo, do estágio da implantação do HF.

Vale ressaltar que não há consenso na literatura sobre as fronteiras que delimitam o contexto e que, para alguns avaliadores, as dimensões apreciadas neste estudo, por exemplo a concepção da proposta, podem ser consideradas como externas ao contexto e

restritas à intervenção⁶⁰. Sobre tal questão, acreditamos que a adoção de uma concepção abrangente de contexto, em nosso caso, mostrou-se vantajosa por resultar em um panorama de fatores contextuais que, para além de subsidiar recortes para futuros aprofundamentos de pesquisa, potencialmente permite que realidades de um número maior de contextos sejam contempladas. Por outro lado, os critérios de seleção adotados para esta revisão, especialmente o conjunto de palavras e os tipos de estudos, limitaram potencialmente a identificação de um número maior de fatores.

A maioria dos estudos selecionados não caracteriza suficientemente as condições locais das políticas sociais de saúde, assistência social e habitação nas quais os programas de HF são desenvolvidos, o que reduz a possibilidade de analisar quais estratégias podem ser adotadas em circunstâncias particulares de políticas públicas externas ao contexto norte-americano, europeu e australiano. Nesse sentido, a leitura dos fatores aqui sistematizados, em diálogo com uma descrição aprofundada do contexto político e do sistema de proteção social dos países em que o HF foi consolidado, pode contribuir para melhor adequação do modelo às necessidades da América Latina.

Estando o objeto de intervenção do HF, ao menos no Brasil, situado no campo da política pública (atender à necessidade de proteção social de pessoas em situação de rua que fazem uso de drogas e/ou têm agravos de saúde mental), é fundamental que os entendimentos e propostas formuladas sobre a adaptação do modelo nacionalmente considere os modos de produção de serviços em Saúde e Assistência Social e seus processos de trabalho existentes, assim como as disputas políticas em torno do cuidado público em saúde mental. Dimensões relacionadas ao morar na realidade brasileira, por exemplo o ideário da casa própria e a elevada presença de informalidade nos processos de locação de imóveis, precisam também ser consideradas.

Conclusão

O presente estudo buscou compreender os desafios e oportunidades de implantação da intervenção HF por meio de revisão sistemática da literatura. Apresentamos um conjunto de fatores relevantes ao processo de implantação desse tipo de intervenção, organizado em quatro dimensões: características da intervenção, contexto de implantação, aspectos institucionais e processo de execução. Verificamos que a indisponibilidade de habitações, a falta de coordenação dos serviços necessários aos

moradores e a resistência dos agentes implantadores aos princípios do HF são os principais fatores que dificultam a implantação. Por sua vez, agentes com valores, atitudes e competências convergentes ao modelo e formação permanente são elementos facilitadores.

Esses resultados e a discussão empreendida podem subsidiar o aprofundamento teórico e técnico sobre o tema da moradia assistida, bem como a formulação e o aprimoramento de intervenções que tenham como objetivo garantir o direito à habitação e ao cuidado em liberdade para pessoas com necessidades de apoio em saúde mental. Apontamos a relevância da produção de novos conhecimentos que favorecem a integração de intervenções HF aos sistemas de proteção social existentes, processo determinante para sua implantação e sustentabilidade no âmbito da política pública.

Referências

1. Friesinger JG, Topor A, Bøe TD, Larsen IB. Studies regarding supported housing and the built environment for people with mental health problems: A mixed-methods literature review. Vol. 57, *Health and Place*. Elsevier; 2019. p. 44-53.
2. Dorvil H, Morin P, Beaulieu A, Robert D. Housing as a social integration factor for people classified as mentally ill. *Hous Stud*. 2005 May;20(3):497-519.
3. Tsemberis S. *Housing First: The Pathways Model to End Homelessness for People with Mental Health and Substance Use Disorders*. Hazelden; 2015.
4. Tsemberis S, Gulcur L, Nakae M. Housing First, Consumer Choice, and Harm Reduction for Homeless Individuals with a Dual Diagnosis. *Am J Public Health*. 2004;94(4):651-6.
5. Stefancic A, Tsemberis S, Messeri P, Drake R, Goering PAS, *et al*. The pathways housing first fidelity scale for individuals with psychiatric disabilities. *Am J Psychiatr Rehabil*. 2013 Oct 1;16(4):240-61.
6. Goering P, Veldhuizen S, Watson A, Adair C, Kopp B, Latimer E, *et al*. *National at Home/Chez Soi Final Report*. Calgary, AB; 2014 [cited 2020 Aug 25]. Available from: www.mentalhealthcommission.ca/English/at-home#national
7. Busch-Geertsema V. Housing First Europe-Results of a European Social Experimentation Project. *Eur J Homelessness*. 2014;8(1).

8. Johnson G, Parkinson S, Parsell C, Institute AH and UR, Centre RR. Policy shift or program drift? Implementing Housing First in Australia. AHURI Final Rep [Internet]. 2012;(184). Available from: www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84910117559&partnerID=40&md5=ec55543f3f8297364f138b4ca5f5ec30
9. Padgett D, Henwood BF, Tsemberis SJ. Housing first: ending homelessness, transforming systems, and changing lives. New York: Oxford University; 2016. 228 p.
10. O'Campo P, Stergiopoulos V, Nir P, Levy M, Misir V, Chum A, *et al.* How did a Housing First intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial. *BMJ Open*. 2016 Sep 12;6(9):e010581.
11. Kirst M, Zerger S, Misir V, Hwang S, Stergiopoulos V. The impact of a Housing First randomized controlled trial on substance use problems among homeless individuals with mental illness. *Drug Alcohol Depend*. 2015;146(1):24-9.
12. Padgett DK, Stanhope V, Henwood BF, Stefancic A. Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: Comparing housing first with treatment first programs. *Community Ment Health J*. 2011 Apr;47(2):227-32.
13. Buchanan D, Kee R, Sadowski LS, Garcia D. The health impact of supportive housing for HIV-positive homeless patients: a randomized controlled trial. *Am J Public Health*. 2009 Sep 20;99(Suppl 3).
14. Gulcur L, Stefancic A, Shinn M, Tsemberis S, Fischer SN. Housing, hospitalization, and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in continuum of care and housing first programmes. *J Community Appl Soc Psychol*. 2003 Mar 1;13(2):171-86.
15. Rudnitzky F, Evans T. Evaluación Proyecto piloto "Incubar" [Internet]. Montevideo; 2020 [cited 2020 Sep 14]. Available from: <http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1678/DocumentodetrabajoN63.INCUBARinformeevaluación..pdf?sequence=3&isAllowed=y>
16. Garcia L, Kinoshita RT, Maximiano V. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas. In: Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?

- quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
17. Carvalho AP. Moradia e Redução de Danos: Análise de uma intervenção de cuidado para pessoas em situação de rua que usam drogas, baseada no modelo Housing First. Anais do VII Congresso Internacional da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas. Curitiba; 2019.
 18. Nascimento ACP do, Rosa CM. O paradigma ético-estético-político da clínica na produção de subjetividades: o fazer clínico do Palmas Que Te Acolhe. *Polêm!ca*. 2020 Jul 9;19(3):122-37.
 19. Moreira RS, Mendes APT, Sciammarella AP de O, Amado F. População em situação de rua: direitos humanos, políticas públicas e programas de housing first. Rio de Janeiro: Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getulio Vargas; 2017 [cited 2020 Sep 13]. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/19931>
 20. Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. É possível Housing First no Brasil?: experiências de moradia para população em situação de rua na Europa e no Brasil. Brasília: MMFDH; 2020.
 21. Rog DJ, Marshall T, Dougherty RH, George P, Daniels AS, Ghose SS, *et al*. Permanent supportive housing: Assessing the evidence. *Psychiatr Serv*. 2014 Mar 1;65(3):287-94.
 22. Goering P, Tsemberis S. Housing First and System/Community Transformation. In: *Community Psychology and Community Mental Health*. Oxford University Press; 2014 [cited 2020 Sep 25]. p. 278-91.
 23. Worton SK, Hasford J, Macnaughton E, Nelson G, MacLeod T, Tsemberis S, *et al*. Understanding Systems Change in Early Implementation of Housing First in Canadian Communities: An Examination of Facilitators/Barriers, Training/Technical Assistance, and Points of Leverage. *Am J Community Psychol*. 2018;61(1-2):118-30.
 24. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review – A new method of systematic review designed for complex policy interventions. Vol. 10, *Journal of Health Services Research and Policy*. *J Health Serv Res Policy*; 2005 p. 21-34.
 25. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*.

- 2009;4(1).
26. Nelson G, Stefancic A, Rae J, Townley G, Tsemberis S, Macnaughton E, *et al.* Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: A mixed methods approach. *Eval Program Plann.* 2014 Apr;43:16-26.
 27. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016 Dec 5;5(1):210.
 28. Stefancic A, Henwood BF, Melton H, Shin S-M, Lawrence-Gomez R, Tsemberis S, *et al.* Implementing Housing First in rural areas: Pathways Vermont. *Am J Public Health.* 2013;103(suppl. 2):S206-209.
 29. Appel PW, Tsemberis S, Joseph H, Stefancic A, Lambert-Wacey D, *et al.* Housing first for severely mentally ill homeless methadone patients. *J Addict Dis [Internet].* 2012 Jul 1;31(3):270-7.
 30. Benjaminsen L. Policy Review Up-date : Results from the Housing First based Danish Homelessness Strategy. *Eur J Homelessness.* 2013;7(2):109-31.
 31. Barrenger SL, Stanhope V, Atterbury K. Discursive Processes Creating Team Culture and Recovery Orientation among Housing First Providers. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2015;18(3):247-64.
 32. Stanhope V. The ties that bind: Using ethnographic methods to understand service engagement. *Qual Soc Work.* 2012;11(4):412-30.
 33. Worton S, Hasford J, Macnaughton E, *et al.* Understanding Systems Change in Early Implementation of Housing First in Canadian Communities: An Examination of Facilitators/Barriers, Training/Technical Assistance, and Points of Leverage. *Am J Community Psychol.* 2018;61(1-2):118-30.
 34. Fleury M-J, Grenier G, Vallée C. Evaluation of the implementation of the Montreal at home/chez soi project. *BMC Health Serv Res.* 2014;14(1).
 35. Kumar N, Plenert E, Hwang SW, O'Campo P, Stergiopoulos V. Sustaining housing first after a successful research demonstration trial: Lessons learned in a large urban center. *Psychiatr Serv.* 2017;68(7):739-42.
 36. Weinzierl C, Wukovitsch F, Novy A. Housing First in Vienna: a socially innovative initiative to foster social cohesion. *J Hous Built Environ.* 2016;31(3):409-22.
 37. Nelson G, Caplan R, MacLeod T, Macnaughton E, Cherner R, Aubry T, *et al.* What

- Happens After the Demonstration Phase? The Sustainability of Canada's At Home/Chez Soi Housing First Programs for Homeless Persons with Mental Illness. *Am J Community Psychol*. 2017;59(1-2):144-57.
38. Macnaughton E, Nelson G, Worton SK, Tsemberis S, Stergiopoulos V, Aubry T, *et al*. Navigating complex implementation contexts: Overcoming barriers and achieving outcomes in a national initiative to scale out housing first in Canada. *Am J Community Psychol*. 2018;62(1-2):135-49.
 39. Hasford J, Nelson G, Worton SK, Macnaughton E, MacLeod T, Piat M, *et al*. Knowledge translation and implementation of housing first in Canada: A qualitative assessment of capacity building needs for an evidence-based program. *Eval Program Plann*. 2019;75:1-9.
 40. Kertesz SG, Austin EL, Holmes SK, Pollio DE, Schumacher JE, White B, *et al*. Making Housing First Happen: Organizational Leadership in VA's Expansion of Permanent Supportive Housing. *J Gen Intern Med*. 2014;29(4):835-44.
 41. Austin EL, Pollio DE, Holmes S, Schumacher J, White B, Lukas CVD, *et al*. VA's expansion of supportive housing: Successes and challenges on the path toward housing first. *Psychiatr Serv*. 2014 May 1;65(5):641-7.
 42. Colombo F, Saruis T. Social innovation and local welfare: A comparative case study on housing first in Italy and Sweden. Vol. 33, *Journal fur Entwicklungspolitik*. Mannersburger Kreis fur Entwicklungspolitik; 2017. p. 85-111.
 43. Nelson G, Worton SK, Macnaughton E, Tsemberis S, MacLeod T, Hasford J, *et al*. Systems change in the context of an initiative to scale up Housing First in Canada. *J Community Psychol*. 2019 Jan 1;47(1):7-20.
 44. van den Berk-Clark C. The Dilemmas of Frontline Staff Working With the Homeless: Housing First, Discretion, and the Task Environment. *Hous Policy Debate*. 2016;26(1):105-22.
 45. Namian D. Governing homelessness through instruments: a critical perspective on housing first's policy instrumentation. *Crit Policy Stud*. 2019 Jul 2;14(3):303-18.
 46. Anderson-Baron JT, Collins D. Not a "forever model": the curious case of graduation in Housing First. *Urban Geogr*. 2018;39(4):587-605.
 47. Barrenger SL, Stanhope V, Atterbury K. Discursive Processes Creating Team Culture and Recovery Orientation among Housing First Providers. *Am J Psychiatr*

- Rehabil. 2015;18(3):247-64.
48. Brothers S, Lin J, Schonberg J, Drew C, Auerswald C. Food insecurity among formerly homeless youth in supportive housing: A social-ecological analysis of a structural intervention. *Soc Sci Med.* 2020 Jan 1;245:112724.
 49. Bullen J, Baldry E. "I waited 12 months": how does a lack of access to housing undermine Housing First? *Int J Hous Policy.* 2019;19(1):120-30.
 50. Jetté J, Aubry T, Cherner R, Ecker J, Yamin S, Bourque J. The implementation of a Housing First intervention in Canadian rural region . *Can J Community Ment Heal.* 2015;33(4):41-59.
 51. Nolin D, Jetté J. Specific features of urban and rural areas: A comparative study on the results of the At Home/Chez Soi project in New Brunswick . *Can J Community Ment Heal.* 2015;33(4):125-40.
 52. Stergiopoulos V, O'Campo P, Gozdzik A, Jeyaratnam J, Corneau S, Sarang A, *et al.* Moving from rhetoric to reality: adapting Housing First for homeless individuals with mental illness from ethno-racial groups. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1):345.
 53. Brothers S, Lin J, Schonberg J, Drew C, Auerswald C. Food insecurity among formerly homeless youth in supportive housing: A social-ecological analysis of a structural intervention. *Soc Sci Med.* 2020;245.
 54. Stergiopoulos V, O'Campo P, Gozdzik A, Jeyaratnam J, Corneau S, Sarang A, *et al.* Moving from rhetoric to reality: Adapting Housing First for homeless individuals with mental illness from ethno-racial groups. *BMC Health Serv Res.* 2012;12(1).
 55. Kriegel LS, Henwood BF, Gilmer TP. Implementation and Outcomes of Forensic Housing First Programs. *Community Ment Health J.* 2016;52(1):46-55.
 56. Tsemberis S. *Housing First: The Pathways Model to end homelessness for people with mental illness and adiction.* Minnesota: Hazelden; 2015.
 57. Ecker J, Aubry T, Cherner R, Jetté J. Implementation evaluation of a housing first program in a small Canadian City. *Can J Community Ment Heal.* 2014;33(4):23-40.
 58. Nicholls CM, Atherton I. Housing First: Considering components for successful resettlement of homeless people with multiple needs. *Hous Stud.* 2011;26(5):767-77.

59. Tiderington E, Stanhope V, Henwood BF. A qualitative analysis of case managers' use of harm reduction in practice. *J Subst Abuse Treat.* 2013 Jan;44(1):71-7.
60. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P, Denis J-L. A Análise da Implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, editors. *Avaliação : conceitos e métodos.* 2nd ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-38.
61. Hasford J, Nelson G, Worton SK, Macnaughton E, MacLeod T, Piat M, *et al.* Knowledge translation and implementation of housing first in Canada: A qualitative assessment of capacity building needs for an evidence-based program. *Eval Program Plann.* 2019;75:1-9.
62. Nelson G, Macnaughton E, Goering P, Dudley M, O'Campo P, Patterson M, *et al.* Planning a Multi-site, Complex Intervention for Homeless People with Mental Illness: The Relationships Between the National Team and Local Sites in Canada's At Home/Chez Soi Project. *Am J Community Psychol.* 2013;51(3-4):347-58.
63. Volk JS, Yamin S, Jetté J, Aubry T, Bourque J. The at home / Chez Soi project: Community partners' perspectives on the implementation of housing first in Moncton. *Can J Community Ment Heal.* 2015;33(4):77-90.
64. Johnsen S, Teixeira L. "Doing it Already?": Stakeholder Perceptions of Housing First in the UK. *Int J Hous Policy.* 2012;12(2):183-203.
65. Fenwick K, Henwood B, Lengnick-Hall R, Stefancic A, Gilmer T. Exploring Variation in Housing First Implementation: The Role of Fit. *Hum Serv Organ Manag Leadersh Gov.* 2019;43(5):392-406.
66. Gilmer TP, Ojeda VD, Hiller S, Stefancic A, Tsemberis S, Palinkas LA, *et al.* Variations in full service partnerships and fidelity to the housing first model. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2013;16(4):313-28.
67. Bullen J, Fisher KR. Is Housing First for Mental Health Community Support Possible During a Housing Shortage? *Soc Policy Adm.* 2015;49(7):928-45.
68. Brodtkin EZ, Majmundar M. Administrative exclusion: Organizations and the hidden costs of welfare claiming. *J Public Adm Res Theory.* 2010 Oct 1;20(4):827-48.
69. DeVerteuil G. Homeless Mobility, Institutional Settings, and the New Poverty Management. *Environ Plan A Econ Sp.* 2003 Feb 1;35(2):361-79.
70. Pires R. Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na

- implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: IPEA; 2019.
71. Dutra R, Arenari B. Implementação de políticas públicas e Inclusão social: a atuação de organizações Implementadoras com populações de rua usuárias de drogas. In: Pires RRC (org). Implementação Políticas Públicas e Reprodução Desigualdades. 2017;13:9.
 72. Collins SE, Clifasefi SL, Andrasik MP, Dana EA, Stahl N, Kirouac M, *et al.* Exploring transitions within a project-based housing first setting: Qualitative evaluation and practice implications. *J Health Care Poor Underserved*. 2012 Nov;23(4):1678-97.
 73. Greenberg B, Korb S, Cronon K, Anderson R. Supportive housing best practices in a mid-sized US urban community. *Housing, Care Support*. 2013;16(1):6-15.
 74. Kertesz SG, Austin EL, Holmes SK, DeRussy AJ, Van Deusen Lukas C, Pollio DE. Housing first on a large scale: Fidelity strengths and challenges in the VA's HUD-VASH program. *Psychol Serv*. 2017;14(2):118-28.
 75. Henwood BF, Stanhope V, Padgett DK. The role of housing: a comparison of front-line provider views in housing first and traditional programs. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res*. 2011 Mar;38(2):77-85.
 76. Macnaughton E, Stefancic A, Nelson G, Caplan R, Townley G, Aubry T, *et al.* Implementing Housing First Across Sites and Over Time: Later Fidelity and Implementation Evaluation of a Pan-Canadian Multi-site Housing First Program for Homeless People with Mental Illness. *Am J Community Psychol*. 2015;55(3-4):279-91.
 77. Appel PW, Tsemberis S, Joseph H, Stefancic A, Lambert-Wacey D. Housing first for severely mentally ill homeless methadone patients. *J Addict Dis*. 2012;31(3):270-7.
 78. Stefancic A, Henwood BF, Melton H, Shin S-M, Lawrence-Gomez R, Tsemberis S, *et al.* Implementing Housing First in rural areas: Pathways Vermont. *Am J Public Health*. 2013;103 Suppl(SUPPL. 2):S206-209.
 79. Tiderington E. "We Always Think You're Here Permanently": The Paradox of "Permanent" Housing and Other Barriers to Recovery-Oriented Practice in Supportive Housing Services. *Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res [Internet]*. 2017 Jan 1:103-14.
 80. Collins SE, Malone DK, Larimer ME. Motivation to change and treatment

- attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. 2012;
81. Andvig ES, Sælør KT, Ogundipe E. Harm reduction in a Norwegian housing first project: a qualitative study of the treatment providers' practice. *Adv Dual Diagn.* 2018;11(1):4-15.
 82. Macnaughton E, Stefancic A, Nelson G, Caplan R, Townley G, Aubry T, *et al.* Implementing Housing First Across Sites and Over Time: Later Fidelity and Implementation Evaluation of a Pan-Canadian Multi-site Housing First Program for Homeless People with Mental Illness. *Am J Community Psychol.* 2015;55(3-4):279-91.
 83. Molina I, Czischke D, Rolnik R. Housing policy issues in contemporary South America: an introduction. Vol. 19, *International Journal of Housing Policy.* Routledge; 2019. p. 277-87.

CAPÍTULO 2

Moradia assistida para pessoas em situação de rua no contexto da política de drogas brasileira – avaliação de implantação

Resumo

Nos últimos cinco anos, projetos-piloto de moradia assistida para pessoas em situação de rua vêm sendo desenvolvidos no âmbito de políticas públicas sobre drogas no Brasil, referenciados no modelo *Housing First* (Moradia Primeiro). Nesse contexto, é relevante analisar as influências das características locais no grau de implantação dessa modalidade de intervenção no cenário nacional. Para isso, realizamos análise de implantação, por meio de estudo de caso do Projeto de Moradia Assistida para pessoas em situação de rua, em Brasília/DF. Por meio de documentos oficiais, observação participante nos ambientes reais e virtuais, sistematização das perspectivas de trabalhadores e gestores responsáveis pelo projeto e modelização da proposta, caracterizamos a iniciativa. Em seguida, ela foi confrontada com critérios extraídos da proposta *Housing First*. Os resultados indicam a adequação da intervenção ao princípio fundamental de colocar a moradia em primeiro lugar, utilizando para isso soluções e adaptações locais. Entretanto, carências no processo de gestão do cuidado e precariedade da rede de políticas sociais aparecem como desafios à transposição do componente de inserção social que constitui a proposta. A interface entre os setores Saúde e Assistência precisa ser mais bem analisada e a matriz inspiradora do projeto conhecida em seu contexto de origem.

Palavras-chave: Habitação; Saúde mental; Drogas; Pessoas em situação de rua; Análise da implantação.

Supportive housing for homeless people in the context of the Brazilian drug policy – a pilot project evaluation

Abstract

In the last five years, supportive housing pilot projects for homeless people have been developed in Brazilian drug related public policies, based on the Housing First model.

In this context, it is relevant to analyze the influence of local characteristics on the implementation degree of this kind of intervention in the national context. We conducted an implementation evaluation case study of a supportive housing Project, in Brasília/ DF. To describe the initiative we used official documents, participant observation of real and virtual environments, systematization of the perception of project workers/managers and logic model. The project description was then compared with criteria based on the HF proposal parameters. The results indicate the appropriateness of the intervention to the fundamental principle of putting housing in the first place, using local solutions and adaptations. However, shortcomings in the management of comprehensive care and disintegration of the social policy network challenge the implementation of the social integration component of the proposal. Health and Social Care interface needs to be better analyzed and the original model better known in its context of origin.

Keywords: Housing; Mental health; Drugs; Homelessness; Implementation.

Introdução

Os diferentes posicionamentos políticos sobre o tema das drogas trazem repercussões importantes para os modelos de atenção à saúde das pessoas que usam drogas (Alves, 2009; Csete *et al.*, 2016; Teixeira *et al.*, 2017b; Gomes-Medeiros *et al.*, 2019). De um lado, o compromisso do Estado com o combate ao tráfico e ao consumo de drogas ilícitas projeta, para o campo da saúde, a abstinência como única condição, meio e finalidade do tratamento dos problemas relacionados ao uso de drogas (Alves, 2009). Por outro, há o reconhecimento de que, embora o porte de substâncias ilícitas seja proibido e existam padrões de consumo prejudiciais, a supressão da demanda por drogas da sociedade constitui objetivo ilusório e que o estabelecimento da abstinência como única meta de tratamento tende a excluir parcela importante das pessoas que necessitam de atenção à saúde (Andrade, 2011; Csete *et al.*, 2016), especialmente de grupos socialmente vulnerabilizados, tais como as pessoas em situação de rua (Bourgois, 2010; Rui, 2014). Essa última perspectiva sustentou, ao menos nos últimos 15 anos (Leal; Ferrari, 2019), o posicionamento do governo brasileiro (Brasil, 2004; 2005; Garcia *et al.*, 2014) de que políticas públicas de atenção ao uso de drogas devem imperiosamente garantir, para aqueles que não consigam ou não queiram interromper o consumo, o acesso a direitos sociais, o que inclui bens e serviços de saúde, assistência social e moradia.

O primeiro levantamento nacional sobre o uso de crack no Brasil (Bastos; Bertoni, 2014), realizado em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, revelou a vulnerabilidade social entre pessoas que usam crack em cenas públicas/abertas, grupo que configura a maioria absoluta do total de usuários dessa droga no país. São jovens (média de 30,3 anos), homens (78,7%), não brancos (79,15%), solteiros (60%), com baixa escolaridade (80% não alcançaram o ensino médio), sem trabalho regular (apenas 12,39% têm trabalho regular), sem moradia fixa (46%) e com histórico de passagem pelo sistema prisional (48,8%). A contaminação pelo vírus HIV, nesse grupo, é oito vezes maior do que na população geral, sendo ainda maior entre as mulheres usuárias. A maioria dos participantes da mesma pesquisa refere ainda acesso limitado aos serviços de saúde, associando barreiras burocráticas e estigma como obstáculos.

Na literatura nacional e internacional verifica-se que a ausência de moradia e o consumo de drogas são condições que frequentemente se sobrepõem (Pauly *et al.*, 2013; Teixeira *et al.*, 2017a; Hino *et al.*, 2018; Van Wijk; Mângia, 2018; Sicarri; Zanella, 2018),

sendo os danos do uso de substâncias possivelmente agravados quando se vive nas ruas e em albergues (Cheng *et al.*, 2014; Didenko; Pankratz, 2007). Antes de iniciar o consumo de drogas e de viver nas ruas, a maioria das pessoas frequentemente apresenta condições de vida precárias e instáveis (Mats; 2008; Fitzpatrick *et al.*, 2013; Bastos; Bertoni, 2014; Piat *et al.*, 2015), sendo que o uso de substâncias pode preceder e/ou ser simultâneo à falta de moradia. Tais evidências enfraquecem a visão simplista e estigmatizante da conexão entre a dependência química e a situação de rua e exigem um olhar ampliado sobre os objetivos da política de drogas que compreenda, para além da oferta de tratamento de saúde, a redução dos impactos sociais do consumo.

Nesse sentido, consensos internacionais (United Nations, 2012; 2018) e políticas nacionais (Brasil, 2004; 2005) reconhecem que no atendimento de pessoas com dificuldade de acesso e adesão ao cuidado em saúde, tais como as que se encontram em situação de rua, a abordagem de redução de danos e outras ações sociais são absolutamente estratégicas, compreendendo desde ofertas básicas como abrigo, alimentação e higiene pessoal até intervenções mais arrojadas que incluam moradia associada a diferentes níveis de apoio que facilitem a inserção social.

Apoiado nessa perspectiva e nos resultados do mencionado estudo sobre o consumo de crack em espaços públicos (Bastos; Bertoni, 2014), o Governo Federal induziu, a partir de 2014, no âmbito da Política Nacional de Drogas, o desenvolvimento de iniciativas intersetoriais focadas na inserção social de pessoas em situação de rua com problemas relacionados ao uso de drogas. Inspiradas no modelo internacional *Housing First* (Tsemberis *et al.*, 2004), essas iniciativas buscaram experimentar a oferta integrada de moradia a oportunidades de trabalho para pessoas em situação de rua (PSR), sem exigir abstinência ou adesão a tratamentos para ingresso ou permanência nos projetos (Garcia *et al.*, 2014).

O *Housing First* (HF) surgiu nos anos 1990, nos Estados Unidos, como uma estratégia de cuidado de pessoas em situação crônica de rua (Tsemberis, 1999), condição na qual se apresenta longo histórico de desabrigo associado a problemas graves de saúde mental, incluindo o consumo prejudicial de drogas. Sua principal inovação, esclarecida na própria palavra *Housing First* (Moradia Primeiro), é o entendimento de que atender a necessidade de moradia é condição fundamental para o cuidado de PSR com problemas de saúde mental, independentemente da sua adesão a determinados comportamentos ou padrões de consumo de drogas. O modelo busca essencialmente

superar práticas tradicionais baseadas na lógica de etapas de adesão e de cumprimento de exigências para se alcançar a moradia permanente (Padgett *et al.*, 2016). Nessa perspectiva, soluções para problemas sociais e de saúde não podem ser condições para o acesso à moradia. Pelo contrário, a moradia é uma condição que permite e favorece que outros problemas sejam tratados.

O HF estrutura-se basicamente em torno da oferta simultânea de dois componentes – Moradia individual e Apoio habitacional, clínico e para integração social, sendo reconhecido como um tipo de moradia assistida, modalidade de serviço habitacional desenvolvida no final dos anos 1980, no contexto do processo de desinstitucionalização de hospitais psiquiátricos, para atender a demanda de moradia de pessoas com transtorno mental (Tabol *et al.*, 2010). A moradia deve ter caráter permanente, em unidades residenciais ou congregadas (várias unidades individuais em um mesmo prédio), e as ações de apoio devem ser baseadas nos princípios da reabilitação psicossocial e da redução de danos (Tsemberis *et al.*, 2004).

Impulsionado por um conjunto de evidências que apontam efetividade do HF no aumento do tempo de permanência das PSR nas moradias, em comparação com os serviços tradicionais de albergue, o modelo foi amplamente implantado nos Estados Unidos e no Canadá e atualmente encontra-se também em desenvolvimento em países da Europa e na Austrália (Padgett *et al.*, 2016). Entretanto, estudos recentes apontam barreiras ao processo de implantação do programa de forma consistente com o modelo original, especialmente com relação à prática de redução de danos (Watson *et al.*, 2017) e a outros fatores de contexto – financiamento, estrutura organizacional, recursos humanos (Macnaughton *et al.*, 2015; Lancione, 2018).

Para realizar o estudo aqui apresentado, partimos do pressuposto de que o conjunto de iniciativas incentivadas pelo Governo Federal brasileiro, em 2014/2015, configurou-se como um relevante campo de aprendizagem e fonte de conhecimento para compreender como essa modalidade de abordagem – Moradia Primeiro – se desenvolve no contexto da política pública brasileira. Delimitamos, assim, o processo de implantação como atributo central a ser avaliado, ou seja, analisar como e em que medida uma dessas intervenções foi implantada, conforme concebida. Para tal aspiração, utilizamos o referencial metodológico da Análise de Implantação (Champagne *et al.*, 2011a).

Método

Analizamos, por meio de estudo de caso único, a implantação de uma intervenção-piloto de moradia assistida para PSR desenvolvida na cidade de Brasília/DF – Projeto Cuidando da Vida (PCV) –, executado pelo órgão gestor local de assistência social em parceria com uma Organização da Sociedade Civil. A iniciativa fez parte do conjunto de projetos financiados pela então Secretaria Nacional de Política de Drogas do Ministério da Justiça e Cidadania para experienciar a abordagem *Housing First*/Moradia Primeiro e foi desenvolvido por 19 meses ao longo de 2017/2018.

Estudos avaliativos podem priorizar aspectos específicos, tais como a análise da implantação (Hartz, 1997; Champagne *et al.*, 2011a), que privilegia a identificação dos fatores que facilitam ou dificultam a introdução de propostas teóricas em contextos reais. Nessa perspectiva, buscamos conhecer a dinâmica de funcionamento do PCV e identificar o seu grau de implantação, por meio da análise de seus elementos estruturais (recursos humanos e físicos) e contextuais (práticas, interações e fatores sociopolíticos locais).

Por meio da triangulação (Minayo, 2005), estabelecemos diversas fontes de informação para a efetivação da análise proposta, utilizando referencial qualitativo (Furtado, 2006) e participativo de pesquisa (Brandão, 2006; Furtado; Onocko-Campos, 2008). Realizamos observação participante, análise documental, Grupos de Apreciação Partilhada (GAP) com os profissionais e gestores do projeto e elaboramos o Modelo Lógico-Operacional do PCV. Por fim, cotejamos as informações sistematizadas com uma Matriz de Critérios, para dimensionar o grau de implantação do projeto e identificar os fatores – barreiras e facilitadores – que o influenciam.

Analizamos documentos oriundos do plano federal (matriz de padronização e orientações técnicas da SENAD que caracterizam o programa nacionalmente), da gestão local (termo de referência, relatórios e pareceres técnicos de acompanhamento e fiscalização) e do próprio projeto (projeto técnico-operacional, diário de campo coletivo e prontuários dos beneficiários), com atenção aos objetivos presentes nos documentos, aos critérios apresentados para a implantação e avaliação da intervenção e aos conceitos, princípios e noções que conformam os parâmetros orientadores da proposta.

Utilizando a noção de experiência e contexto (Lejano, 2012), o trabalho de campo consistiu no acompanhamento do cotidiano da intervenção, vivenciando as práticas e interações nela produzidas, por meio de observação participante e realização de Grupos

de Apreciação Partilhada (GAP) com os profissionais diretamente envolvidos no projeto. Durante cinco meses, foram realizadas 100 horas de imersão no campo para acompanhamento de quatro trabalhadores responsáveis pelo suporte aos moradores – dois redutores de danos e duas educadoras terapêuticas –, função que propõe a combinação de habilidades e conhecimentos inerentes aos educadores sociais e acompanhantes terapêuticos. Utilizamos caderno de campo e curtas gravações de áudio para registrar as impressões e reflexões da atividade de observação, posteriormente utilizadas na produção de diários de campo, acrescidos de outras informações, impressões, fotos e aspectos advindos do encontro com os agentes da intervenção.

A pesquisadora principal mantinha, previamente à realização da pesquisa, imersão no contexto social analisado, dada sua condição de profissional da rede de saúde mental do território onde a intervenção estudada se desenvolveu. O caráter participante da sua observação ocorreu concretamente por meio da interação com os agentes do campo nas visitas domiciliares, realizadas em conjunto com a equipe técnica, nas quais foram mantidos diálogos informais, questionamentos e participação em atividades de apoio aos moradores.

Buscou-se observar as práticas e recursos de cuidado utilizados pela equipe (técnicas, tipo de interação, rede de serviços acionada), a estrutura das moradias (espaço físico e ambiência) e a experiência dos moradores (interação com equipe/proprietários/vizinhos/comunidade e relação com os espaços da casa). Nos dois Grupos de Apreciação Partilhada (GAP), buscamos identificar os componentes do modelo operacional do projeto e compreender as dificuldades enfrentadas na implantação e as propostas de aprimoramento do modelo teórico. Os GAPs constituíram-se como espaços de mediação da participação dos envolvidos no processo da pesquisa, contribuindo para a construção de um quadro interpretativo mais amplo para a avaliação (Furtado *et al.*, 2013).

O compartilhamento das vivências e decisões diárias, os acontecimentos que atravessam a rotina e as tomadas de posições do grupo de trabalhadores no interior do projeto foram captados por meio de nossa inserção e posterior sistematização no grupo virtual utilizado na comunicação dos principais agentes da intervenção – trabalhadores, coordenação da organização executora e supervisor vinculado ao órgão governamental local, consistindo esse espaço virtual em lócus de observação (Markham, 2005).

O conjunto de iniciativas dirigidas a compreender e descrever o presente objeto de estudo constituiu base sobre a qual elaboramos a modelização do PCV. Para isso, compusemos um modelo lógico do programa – estratégia amplamente preconizada e debatida no interior da avaliação de programas e serviços (Chen, 1990; Champagne *et al.*, 2011b) –, esquematizando seus recursos, atividades e produtos. O modelo lógico foi legitimado junto à equipe acompanhada, estabelecendo consenso sobre o que constitui a intervenção abordada e oferecendo ocasião para o debate sobre as questões que atravessam o cotidiano dela.

Considerando-se que a proposta do Governo Federal para o PCV tem o HF como modelo, adotamos dimensões e critérios de fidelidade utilizados na avaliação de programas de HF em diferentes contextos dos Estados Unidos e do Canadá (Stefancic *et al.*, 2013) para estruturar a matriz de critérios do grau de implantação do PCV, agregando elementos específicos da proposta federal. A convergência entre os princípios das duas propostas – abordagem de redução de danos, reabilitação psicossocial e atuação intersectorial com base territorial e comunitária – permitiu-nos o uso deles para identificar eventuais variações sofridas na implantação do projeto nacional.

Nossa matriz é composta por cinco dimensões: escolha e estrutura das moradias, adequação aos critérios para acesso e permanência, pressupostos e diretrizes técnicas da intervenção, gestão do cuidado e intersectorialidade e organização dos processos de trabalho. Utilizamos a pontuação proposta por Nelson *et al* (2014), que define valores em uma escala padronizada que varia de 1 (baixo grau de implantação) a 4 (elevado grau de implantação), sendo que as pontuações 1 e 2 representam desafios à implantação e 3 e 4 oportunidades/facilidades.

A modelização e a descrição densa da intervenção, em conjunto com os registros produzidos em campo, foram abordadas segundo o método interpretativo, agrupadas em categorias relacionadas às dimensões da matriz de critérios e em outros recortes temáticos oriundos de aspectos emergidos do campo.

Resultados e Discussão

Caracterização do Projeto Cuidando da Vida

O órgão gestor da política de assistência social do Distrito Federal recebeu recursos financeiros do Governo Federal para implantar 30 moradias assistidas para

usuários de drogas em situação de rua, por meio do Projeto Cuidando da Vida (PCV), executado em parceria com Organização da Sociedade Civil (OSC) pertencente ao campo da assistência social. O piloto teve duração de 19 meses, de abril de 2017 a novembro de 2018, e o público-alvo foi constituído por um grupo de PSR pertencente a uma região central de Brasília conhecida por ser uma cena de uso e tráfico de drogas.

As ações do PCV foram organizadas de forma progressiva e estão representadas no Modelo Lógico-Operacional (figura 1).

Figura 1

Modelo Lógico Operacional do Projeto Cuidando da Vida

Fonte: elaboração própria

A primeira etapa da intervenção durou 3 meses e foi dedicada à constituição e formação inicial da equipe – 1 coordenadora, 1 assistente administrativo, 4 redutores de danos, 4 educadoras terapêuticas, 3 facilitadores com vivência de situação de rua e 1

supervisora clínica institucional. Em seguida, os profissionais dedicaram-se ao reconhecimento do espaço comunitário, realizando mapeamento do público de referência, identificação de líderes de opinião e demais recursos disponíveis no território e implementação de estratégias de vinculação. Finalmente, deram início à seleção dos potenciais beneficiários, efetivação do aluguel e estruturação dos imóveis e estabelecimento da rotina de acompanhamento dos novos moradores. A seguir, descrevemos o funcionamento do PCV, que formou a base para as justificativas das pontuações atribuídas na análise do grau de implantação, apresentada na tabela 1.

Seleção dos participantes

A experiência de situação crônica de rua, caracterizada pelo longo período de vivência nas ruas – superior a 5 anos – associado ao uso prejudicial de drogas e/ou transtorno mental constituiu o principal critério para inclusão de beneficiários nas moradias. Esse perfil foi definido levando-se em consideração experiências do modelo HF desenvolvidas no Canadá (Goering *et al.*, 2014), nas quais os beneficiários apresentavam múltiplas necessidades decorrentes do consumo de drogas e a presença de transtorno mental. Ao longo da execução, novos critérios de inserção foram incorporados pela equipe do PCV, frente às demandas do público local, tal como mulheres em situação de violência e grávidas. Em todos os casos, exigiu-se dos participantes o compromisso de participar de encontro semanal com a equipe de referência, o que foi formalizado em contrato escrito. Não houve exigência de adesão a tratamento para dependência química ou de outros comportamentos como abstinência, sobriedade, uso de medicação, estabilidade de sintomas e não envolvimento criminal.

Os trabalhos de campo da pesquisa foram iniciados no 12º mês de execução do projeto, quando 22 pessoas haviam sido inseridas nas moradias assistidas, sendo 13 homens e 9 mulheres, com idades entre 24 e 54 anos. Todas estavam na rua havia mais de cinco anos e faziam uso predominante de álcool e crack, 8 haviam passado pelo sistema prisional e 5 apresentavam transtorno mental grave. Dentre os participantes, havia uma família com três filhos e um casal com dois bebês.

Escolha e estruturação das casas

A busca e a escolha das casas foi realizada pela equipe de referência, em conjunto com os futuros moradores, procurando atender suas preferências com relação ao bairro e ao tipo de moradia. Em casos pontuais, houve inclusão em casas previamente alugadas, mediante desocupação de outros participantes. Majoritariamente, os imóveis foram constituídos por pequenas unidades residenciais, inseridas em bairros urbanos do Distrito Federal, de modelo frente-fundos – terreno dividido com vários domicílios, possuindo quarto, banheiro e cozinha privativos e compartilhamento de lavanderia, quando existente. A negociação dos valores e condições do aluguel foi realizada diretamente pela equipe com os proprietários e o pagamento mensal efetivado pela OSC.

A possibilidade de escolha do imóvel restringiu-se ao valor disponível para cada aluguel, teto de R\$ 608,00 estabelecido em legislação local (Distrito Federal, 2014) e aceitação do perfil dos futuros moradores pelos proprietários, que eram informados sobre o projeto. Em alguns casos, os locatários estabeleceram regras verbais de não consumo de drogas nas dependências do terreno. Os participantes foram incluídos nas unidades residenciais em menos de 2 meses após a vinculação ao projeto.

A aquisição de mobília e utensílios domésticos mínimos não contou com financiamento do Governo Federal. Como alternativa para a compra dos referidos itens, foi prevista a concessão de valor em pecúnia aos moradores, repassado diretamente pela Secretaria de Assistência Social. Entretanto, fatores relacionados às regras de concessão limitaram o processo e, em vários casos, não foi possível estruturar as moradias no tempo adequado. O custo com água, energia e outras necessidades básicas – higiene pessoal e limpeza – foi previsto para ser arcado pelos moradores, quando possível, com recursos adquiridos a partir de atividades de geração de renda ou de benefícios governamentais. A alimentação foi provida com recursos próprios do governo local por meio da concessão de cesta básica mensal.

Suporte ofertado aos novos moradores

O acompanhamento, conduzido por duplas de referência (educadora terapêutica e redutor de danos), teve a função de favorecer a adaptação e a permanência no novo contexto de habitação e caracterizava-se essencialmente pela realização das visitas

domiciliares semanais, previamente combinadas com os moradores. Entretanto, para atendimento de outras demandas do projeto ou de intercorrências relacionadas aos próprios moradores, esse cronograma era descontinuado, sem às vezes ser possível comunicar os participantes com antecedência. Em média, o projeto manteve contato presencial semanal com 80% dos participantes.

Nos momentos de interação com os moradores, a equipe fazia orientações voltadas ao desenvolvimento de habilidades domésticas, hábitos de cuidado com a saúde (higiene pessoal, métodos preservativos e contraceptivos, utilização de medicações prescritas, alimentação adequada, redução do consumo de drogas e cuidados materno-infantis) e planejamento para utilização dos recursos financeiros oriundos dos benefícios sociais recebidos. Na interação com os proprietários dos imóveis e vizinhos, os profissionais frequentemente realizavam mediação de eventuais conflitos com os moradores, mas também foram estabelecidas relações significativas de cooperação, tais como controle de medicação, preparação de alimentos e intermediação da comunicação com a equipe.

Os moradores, em alguma medida, eram também acompanhados em seus itinerários, nos serviços de assistência e de previdência social, em busca de benefícios sociais e, eventualmente, em consultas nos CAPS e em outras unidades especializadas de saúde (HIV). Entretanto, houve pouca integração com esses serviços, no sentido de efetivar planos compartilhados de acompanhamento que ultrapassassem a realização de atendimentos pontuais e fragmentados. A participação dos moradores em atividades relacionadas a trabalho, educação e cultura/esporte foi praticamente inexistente e em poucos casos identificou-se a manutenção de conversas informais e ações de apoio entre os moradores e vizinhos. De maneira geral, percebeu-se que, no cotidiano dos moradores, os profissionais do projeto eram os principais e comumente únicos pontos de apoio e assumiam, quase que integralmente, as atribuições para viabilizar a moradia, para desenvolver o cuidado em assistência social e saúde, sem apoio de profissionais de outras áreas ou especialidades.

A não frequência em serviços de saúde ou a outros que tenham sido acordados ao longo do acompanhamento não influenciou a permanência na casa, sendo permitido que os moradores recusassem a participação nos serviços de apoio disponibilizados, com exceção da visita semanal. Com frequência a equipe estimulava os moradores a diminuir o uso de drogas, sem exigir comportamentos de abstinência. Entretanto, percebia-se que os profissionais não dispunham de recursos operacionais (transporte e carga horária) e

repertório técnico (manejo clínico e terapêutico) para intensificar os cuidados dispensados aos moradores e desenvolver propostas consistentes de integração comunitária.

Observamos que, nos casos de conflito com o proprietário do imóvel ou de outros eventos que geraram a perda da moradia, os moradores foram realocados, respeitando o mesmo padrão estrutural da residência anterior e sem limite de realocações realizadas por participante. Uma situação de comportamento violento com equipe e outra de furto a vizinho implicaram a saída da casa, sem realocação. Nesses e em outros casos em que houve interrupção da moradia – abandono da casa, internação em comunidade terapêutica, prisão e mudança para morar com familiares –, os participantes continuaram recebendo atendimento da equipe, para seguimento dos processos de apoio iniciados e busca de alternativas de habitação.

Organização do processo de trabalho

O projeto estipulou a proporção de 3 profissionais – redutor de danos, facilitador e educador terapêutico – para o acompanhamento de cada 10 moradores. Entretanto, ao longo da execução, o acompanhamento foi efetivamente realizado por 2 duplas de profissionais (educador terapêutico e redutor de danos). O projeto não previu estrutura de prontidão para atendimento de demandas dos moradores de forma ininterrupta, entretanto os profissionais acolhiam frequentemente demandas dos participantes fora do horário de trabalho, em seus telefones e redes sociais particulares, e buscavam articular o atendimento na rede de apoio.

A coordenação do projeto realizava reuniões periódicas com a equipe, para discutir temas relacionados ao projeto, não sendo exclusivamente voltadas para planejamento e avaliação do acompanhamento dos moradores. Com grande frequência, as decisões e os encaminhamentos relacionados aos moradores eram realizados por meio de contato telefônico e trocas de mensagens no grupo virtual da equipe. A discussão de casos ocorria, de forma menos sistemática, com a participação de psicólogo da unidade especializada de assistência social para PSR – Centro Pop, em que eram também estabelecidos acordos e orientações para a concessão de benefícios em pecúnia da assistência social. A equipe contou também com supervisão externa, realizada aproximadamente a cada três meses. Essa atividade formativa foi conduzida por

psiquiatra especializada na área de cuidado em álcool e outras drogas e teve como foco o manejo clínico-institucional dos casos e a oferta de apoio emocional para a equipe.

Avaliação da implantação

O quadro 1 apresenta a pontuação média atribuída a cada uma das dimensões da matriz de avaliação do grau de implantação, a pontuação individual por critério e os elementos que embasaram o julgamento de cada item. Dimensionamos o grau de implantação da intervenção em 2,87, em um total possível de 4,00. Evidencia-se a adequação da intervenção aos pressupostos fundamentais do modelo teórico (moradia em primeiro lugar e redução de danos). Por outro lado, identificam-se desafios à implantação associados à gestão intersetorial e organização dos processos de trabalho, em especial na concretização de ações voltadas à dimensão de integração social e comunitária. Nessas dimensões, a ausência de interface com outros setores previstos (saúde e trabalho) e a dificuldade na sustentação de espaços coletivos para planejamento e discussão das atividades desenvolvidas pela equipe aparecem como fatores críticos, em conjunto com a baixa participação dos moradores na avaliação e condução do projeto.

Com relação aos aspectos estruturais, respeitou-se a proporção de moradores acompanhados por cada profissional e a participação de pessoa com experiência vivida em situação de rua como componente da equipe. A carga horária disponibilizada por esses profissionais para atividade de acompanhamento, aproximadamente 16 horas semanais, também esteve abaixo das 30 horas sugeridas na proposta teórica. No que diz respeito à condição das casas, elas respeitaram de maneira geral os critérios estabelecidos para privacidade, integração comunitária e valor de custeio por parte do morador. Nessa dimensão, o obstáculo foi a baixa capacidade do projeto em estruturar todas as casas com mobília e utensílios domésticos no tempo adequado para entrada dos moradores.

Nas dimensões 1 e 2, nas quais o projeto alcançou média satisfatória de implantação (> 3), destaca-se a elevada possibilidade dos participantes em escolher o local de moradia, a rápida disponibilização das casas e a utilização de imóveis residenciais individuais inseridos na comunidade. A adoção de critérios adequados ao público para inclusão e permanência nas moradias, a não exigência de adesão a serviços de tratamento em saúde e a realocação dos participantes para outras moradias, quando necessário,

demonstram elevada fidelidade ao modelo teórico, assim como a priorização de pessoas em situação crônica de rua como público-alvo do projeto.

Quadro 1: Matriz de avaliação do grau de implantação

Dimensão e Critério		Padrões estabelecidos	Pontuação obtida pelo PCV
1. Escolha e estrutura das moradias			3,33
Escolha da casa e bairro de moradia	Participantes devem ter elevada possibilidade de escolha do bairro, tipo de moradia, decoração e outros elementos relacionados à estrutura da casa.		3
Apoio na estruturação da moradia	Os participantes devem receber subsídios para aquisição de mobília, utensílios domésticos e outros objetos de decoração.		2
Prontidão na provisão da moradia	85% dos participantes deverão ser incluídos nas casas em menos de 4 meses após entrada no projeto.		4
Contrapartida financeira do participante	O valor de contribuição dos participantes, no custeio da moradia, não deve ultrapassar o valor máximo de 30% de suas rendas.		4
Tipo de moradia	Imóveis residenciais do mercado imobiliário comum, inseridos em bairros não exclusivos, para pessoas com necessidades de apoio de saúde mental.		4
Privacidade	Acesso privativo a quarto, banheiro e cozinha.		3
2. Adequação dos critérios para acesso e permanência nas moradias			3,5
Controle sobre comportamentos individuais	Não exigência de adesão a tratamento para dependência química ou de outros comportamentos como abstinência, sobriedade, uso de medicação, estabilidade de sintomas e não envolvimento criminal.		3
Exigências firmadas no contrato de aluguel	Os acordos escritos firmados com os participantes não devem conter itens com responsabilidades que extrapolem as regras de ocupação comumente praticadas no mercado imobiliário, com exceção da responsabilidade em manter o encontro semanal com equipe de referência.		3
Realocação	O projeto deve oferecer nova moradia aos participantes, em caso de conflito com o proprietário/locatário ou de outros eventos que gerem a perda da moradia anterior, não havendo limite na quantidade de realocações realizadas por participante.		4
Continuidade do acompanhamento	Nos casos de interrupção da moradia, os participantes devem seguir em atendimento da equipe do projeto, inclusive para busca de alternativas de moradia.		4
3. Observação dos pressupostos do modelo teórico			3,33
Escolha dos serviços e suporte ofertados	Os participantes devem escolher, recusar ou alterar a intensidade da participação nos serviços disponibilizados em articulação com a rede (saúde, assistência social, educação e trabalho), com exceção do encontro semanal com equipe de referência.		4
Ausência de exigências relacionadas a tratamento para transtorno mental	Não deve ser exigida participação em serviços de saúde mental ou utilização de medicação para controle de sintomas.		4
Ausência de exigências relacionadas a tratamento para controle do uso de drogas	Não deve ser exigida a participação no CAPS AD ou em outra instituição de tratamento para controle do consumo de drogas.		4
Abordagem de redução de danos	Não deve ser exigido que os participantes interrompam o uso de álcool e outras drogas e a equipe trabalha de forma consistente com os princípios da redução de danos.		3
Áreas contempladas pela intervenção do projeto (integralidade)	O projeto deve atuar sistematicamente na oferta de ações integradas em diferentes níveis de cuidado, de acordo com as necessidades e contextos dos moradores (saúde mental, emprego, educação, satisfação com a moradia, religiosidade, lazer).		1

Prioridade de inclusão de pessoas em situação crônica de rua	O projeto deve assumir, sem restrições, o atendimento de pessoas com longo histórico de situação de rua e que apresentem necessidades relacionadas ao uso de drogas e/ou à saúde mental.	4
4. Gestão do cuidado		2,0
Planos de acompanhamento individualizados	Elaboração e revisão sistemática de plano de acompanhamento individualizado, contendo objetivos e estratégias particularizadas de cuidado, de acordo com as preferências dos moradores.	1
Manutenção da moradia	Apoiar a mudança e a manutenção da moradia, incluindo mediação da relação com proprietário e comunidade, planejamento financeiro, acompanhamento na compra de mobília e utensílios domésticos.	3
Tratamento para transtorno mental e/ou dependência química	Articulação formal com serviços de saúde mental, manutenção de espaços continuados de discussão de casos e reconhecimento mútuo sobre a organização dos serviços.	2
Inclusão no mundo do trabalho	O projeto deve consolidar parcerias para inclusão dos moradores em serviços e ações voltados à geração de renda e trabalho por meio de inserção em programas de frente de trabalho (jornada de trabalho remunerada por meio de bolsa associada a acompanhamento), criação ou ampliação de projetos de geração de renda articulados à economia solidária e/ou qualificação profissional.	1
Serviços educacionais	Realização de processos formativos voltados ao conhecimento de direitos sociais, temas correlatos e apoio a projetos de educação inclusiva, tais como alfabetização de adultos, inclusão digital e outros.	2
Apoio à integração social/comunitária	O projeto deve executar minimamente as seguintes ações: favorece que os moradores desenvolvam papéis sociais relevantes dentro e fora do projeto; promove o desenvolvimento de contratualidade social; promove a inserção em espaços de participação social e política.	2
Prontidão na resposta a situação de urgência	Capacidade do programa em atender as demandas urgentes dos moradores e realizar articulação com a rede de serviços.	2
Acompanhamento de moradores em casos de internação	Em casos de internação de moradores para tratamento de saúde, a equipe deve promover a avaliação, junto ao serviço de saúde e ao morador, sobre a necessidade e objetivos da internação, mantendo acompanhamento para articulação do retorno à moradia e atendimento de outras necessidades.	3
5. Organização dos processos de trabalho		2,17
Proporção de profissionais por participantes acompanhados	Dez ou menos participantes por profissional, em dedicação integral ao acompanhamento dos moradores, estando excluídas as atividades administrativas.	3
Frequência dos encontros de acompanhamento	Manutenção de contato presencial semanal com 90% dos participantes.	3
Frequência de ações de planejamento e avaliação das atividades desenvolvidas	A equipe do programa deve se reunir, ao menos duas vezes por semana, para discutir, planejar e avaliar os planos de acompanhamento dos moradores.	2
Componentes da reunião de equipe	Breve resumo com elementos relevantes sobre a situação atual de todos os moradores; registro dos progressos e dificuldades no acompanhamento; programação semanal das atividades a serem realizadas por todos os membros da equipe; discussão de demandas urgentes; definição de ações para articulação da rede de apoio.	1
Equipe composta por pessoas com experiência vivida de rua, transtorno mental e/ou tratamento para uso de drogas	O acompanhamento dos moradores deve contar com apoio de pares que tenham história de superação da condição de vulnerabilidade social, capacidade de mediação da relação entre o público referenciado e as políticas públicas, facilitada pelo domínio da linguagem e da cultura da rua. O par deve ter <i>status</i> de membro da equipe.	2
Promoção de espaços para avaliação do projeto e da política para PSR, pelos participantes	Realizar avaliações do projeto com os usuários atendidos, em atividades variadas, específicas para esse fim.	2
Total		2,87

O que facilitou a implantação

Em que pese o distanciamento cultural e social entre o Brasil e os países nos quais o HF é utilizado em grande escala – Estados Unidos e Canadá –, o modelo guarda estreita aproximação com os princípios e diretrizes das políticas brasileiras de saúde mental e de cuidado a usuários de álcool e outras drogas, com destaque para a reabilitação psicossocial, a redução de danos e a abordagem de base territorial e comunitária.

O processo de seleção dos profissionais favoreceu a formação de equipe com elevado engajamento na defesa dos direitos de PSR e identificada com os princípios e valores do projeto, promovendo o estabelecimento de vínculo com os participantes e diminuindo barreiras decorrentes do estigma e do preconceito, normalmente associados ao perfil do público-alvo.

A vinculação da intervenção ao órgão gestor de assistência social aparece também como facilitador, na medida em que favoreceu a concessão dos benefícios sociais para a estruturação e manutenção da moradia, além de viabilizar a utilização dos recursos federais para aluguel de imóveis residenciais, ambas as concessões previstas em legislação específica do órgão. Por sua vez, a opção pela execução indireta, por meio de organização da sociedade civil, permitiu o aluguel de unidades residenciais informais – modelo frente-fundo, tipologia de quase todas as residências alugadas pelo projeto, mais acessíveis pelo seu menor valor no mercado imobiliário.

O que dificultou a implantação

Os elevados preços do mercado imobiliário privado, associados ao baixo valor disponibilizado pelo projeto para cada aluguel, dificultaram a disponibilização de casas nas áreas com maior mobilidade e acesso a serviços públicos, levando ao aluguel de imóveis em áreas distantes do território central da cidade. O estigma relacionado ao perfil dos participantes do projeto gerou resistência entre proprietários e vizinhança, constituindo barreira para o processo de locação, e foi também o principal motivo de realocação de moradores.

A pouca experiência da equipe em processos de cuidado em álcool e drogas, associada à baixa frequência de atividades de supervisão, formação continuada e apoio institucional intersubjetivo, dificultou a implantação do modelo de gestão de cuidado

proposto, em especial no que diz respeito à capacidade da equipe em efetuar manejo clínico dos casos e elaborar planos terapêuticos individualizados que contemplem ações que extrapolem a oferta de ações pontuais de assistência social e saúde.

Ainda com relação aos processos de trabalho dos profissionais, verifica-se que a equipe se encontra sobrecarregada com a dupla função de efetivar o aluguel da casa (busca do imóvel, negociação com proprietário, mudança e manejo de recurso para mobília) e articular a rede intersetorial do território para apoio no acompanhamento compartilhado, fator que parece ser agravado pela precariedade da rede intersetorial de políticas sociais – serviços insuficientes e desarticulados.

Parte dos fatores que restringiram a implantação das ações intersetoriais pôde ser identificada. No discurso de agentes do alto escalão do órgão gestor de assistência social aparece de forma evidente a sensação de um distanciamento do projeto, por se tratar de uma iniciativa oriunda da política de drogas e não diretamente pertencente ao campo da assistência social. Consequentemente, houve a falta de liderança política capaz de aglutinar atores de outros setores e sua adesão ao projeto. Assim, a tarefa de coordenação política do processo foi deslocada para o campo técnico, o que comprometeu a capacidade de gestão integrada do projeto. Ademais, também se reproduziu na OSC executora uma percepção de que o projeto foi imposto pelo governo local e pela política federal e que não houve planejamento adequado, especialmente do ponto de vista administrativo e orçamentário

Conclusão

A análise do grau de implantação permitiu identificar que o projeto priorizou a inclusão do público-alvo em casas individuais, inseridas na comunidade, respeitando a escolha individual e os critérios de baixa exigência para acesso e permanência na moradia, adotando os princípios fundamentais do modelo proposto, ou seja, colocando em prática o conceito da moradia em primeiro lugar. Nesse sentido, houve criação de meios para garantir melhorias nas condições de vida dos beneficiários do projeto.

Por outro lado, são necessários ajustes para melhor estruturação da intervenção, sobretudo na garantia de equipamentos mínimos para mobília das casas, treinamento e supervisão da equipe, organização do processo interno de trabalho com definição de tarefas administrativas e técnicas, além da garantia de maior mobilidade da equipe para

realização do acompanhamento nos territórios e estreitamento da relação com os serviços de saúde mental e atenção básica, que tiveram atuação tímida no acompanhamento dos moradores. Outra questão a ser enfrentada é a necessidade de garantir a composição de equipes multidisciplinares com habilidades para atender a diversidade das necessidades dos moradores, conforme previsto no modelo HF.

Dentre os fatores limitadores, destaca-se a baixa oferta de ações que extrapolem a estruturação e manutenção básica da moradia e a promoção do acesso aos serviços de assistência social e saúde, evidenciando o desafio em transpor a proposta de inserção social – o principal resultado almejado – para a prática, em especial no que diz respeito à integração dos moradores em espaços e experiências de geração de renda, participação social, política e cultural.

Evidenciar melhor a interface entre a Moradia e a Inserção Social constitui questão fundamental para a compreensão dos limites e possibilidades de propostas como a que analisamos. Para elucidar as implicações postas nessa relação, são necessários estudos que aprofundem o conceito de reinserção social, em diálogo com o campo da saúde mental. A investigação de experiências concretas de programas de *Housing First*, em seu contexto de origem, pode fornecer aprendizados úteis no enfrentamento das fragilidades apresentadas pela intervenção brasileira, dada a proximidade dos princípios do modelo internacional com os pressupostos do sistema de proteção social brasileiro, como identificado em nossa análise.

Referências

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

ANDRADE, Tarcísio Matos de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Cien Saude Colet**, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

BOURGOIS, Phillipe. Useless Suffering: The war on Homeless Drugs Addicts. *In*: GUSTERSON, Hugh; BESTEMAN, Catherine (eds.). **The Insecure American**. How we

got here and what we should do about It. Los Angeles: University of California, 2010. p. 238-254.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues; STRECK, Danilo R. Pesquisa participante: o saber da partilha. *In: Pesquisa participante: o saber da partilha*. Aparecida: Ideias & Letras, 2006.

CHAMPAGNE, François *et al.* A análise de implantação. *In: BROUSSELLE, Astrid et al. (org.). Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011a.

CHAMPAGNE, François *et al.* Modelizar as intervenções. *In: BROUSSELLE, Astrid et al. (org.). Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011b.

CHEN, Huey-Tsyh. **Theory-driven evaluations**. Beverly Hills: Sage, 1990.

CHENG, Tessa *et al.* Increases and decreases in drug use attributed to housing status among street-involved youth in a Canadian setting. **Harm reduction journal**, v. 11, n. 1, p. 12, 2014.

CSETE, Joanne *et al.* Public health and international drug policy. **Lancet**, v. 387, n. 10026, p. 1427-1480, Apr. 2016.

DISTRITO FEDERAL. **Decreto nº 35.191, de 21 de fevereiro de 2014**. Regulamenta a Lei nº 5.165, de 04 de setembro de 2013, que dispõe sobre os benefícios eventuais da Política de Assistência Social do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília, 2014.

DIDENKO, Eugenia; PANKRATZ, Nicole. Substance use: Pathways to homelessness? Or a way of adapting to street life. **Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal**, v. 4, n. 1, p. 9-10, 2007.

FITZPATRICK, Suzanne; BRAMLEY, Glen; JOHNSON, Sarah. Pathways into Multiple Exclusion Homelessness in Seven UK Cities. **Urban Studies**, v. 50, n. 1, p. 148-168, 2013.

FURTADO, Juarez Pereira; CAMPOS, Rosana Onocko. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2671-2680, nov. 2008.

FURTADO, Juarez Pereira *et al.* A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, p. 102-110, 2013.

GARCIA, Leon Souza Lobo; KINOSHITA, Roberto Tykanori.; MAXIMIANO, Vitore. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas

públicas. In: BASTOS, Francisco Inácio. BERTONI, Neilane (org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. p. 147-157.

GOMES-MEDEIROS, Débora *et al.* Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019.

GOERING, Paula *et al.* **National at Home/Chez Soi Final Report**. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada, 2014

HARTZ, Zulmira Maria de Araujo. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. 1997.

HINO, Paula; SANTOS, Jaqueline de Oliveira; ROSA, Anderson da Silva. People living on the street from the health point of view. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 71, p. 684-692, 2018.

LANCIONE, Michele; STEFANIZZI, Alice; GABOARDI, Marta. Passive adaptation or active engagement? The challenges of housing first internationally and in the Italian case. **Housing Studies**, v. 33, n. 1, p. 40-57, 2018.

LEAL, Erotildes Maria; FERRARI, Ilka Franco. A realidade social brasileira e o retrocesso na Saúde Mental. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 421-438, Sep. 2019.

LEJANO, Raul. **Parâmetros para a análise de políticas**: a fusão de texto e contexto. Campinas, SP: Arte Escrita, 2012.

MACNAUGHTON, Eric *et al.* Implementing Housing First across sites and over time: Later fidelity and implementation evaluation of a pan-Canadian multi-site Housing First program for homeless people with mental illness. **American Journal of Community Psychology**, v. 55, n. 3-4, p. 279-291, 2015.

MARKHAM, Annette N. The methods, politics, and ethics of representation in online ethnography. In: **The Sage handbook of qualitative research**. 3rd vol. Thousand Oaks, CA: Sage, 2005. p. 793-820.

MATS, Blid; ARNE, Gerdner; AKE, Bergmark. Prediction of Homelessness and Housing Provisions in Swedish Municipalities. **European Journal of Housing Policy**, v. 8, n. 4, p. 399-421, 2008.

MINAYO, Maria Cecília Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Edinilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rido de Janeiro: Fiocruz, 2005.

NELSON, Geoffrey *et al.* Early implementation evaluation of a multi-site housing first intervention for homeless people with mental illness: a mixed methods approach. **Evaluation and Program Planning**, v. 43, p. 16-26, 2014.

PADGETT, Deborah; HENWOOD, Benjamin F.; TSEMBERIS, Sam J. **Housing First: Ending homelessness, transforming systems, and changing lives.** USA: Oxford University, 2016.

PIAT, Myra *et al.* Pathways into homelessness: Understanding how both individual and structural factors contribute to and sustain homelessness in Canada. **Urban Studies**, v. 52, n. 13, p. 2366-2382, 2015.

RUI, Taniele. **Nas Tramas do Crack: Etnografia da abjeção** São Paulo. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

VAN WIJK, Livia Bustamante; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: Uma revisão integrativa. **Cien Saude Colet** [periódico na internet], 2018 Fev.

PAULY, Bernie *et al.* Housing and harm reduction: what is the role of harm reduction in addressing homelessness? **Int J Drug Policy**, v. 24, n. 4, p. 284-90, Jul 2013.

SICARI, Aline Amaral; ZANELLA, Andrea Vieira. Pessoas em Situação de Rua no Brasil: Revisão Sistemática. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 38, n. 4, p. 662-679, out. 2018.

STEFANCIC, Ana *et al.* The Pathways Housing First fidelity scale for individuals with psychiatric disabilities. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, v. 16, n. 4, p. 240-261, 2013.

TABOL, Charity; DREBING, Charles; ROSENHECK, Robert. Studies of “supported” and “supportive” housing: A comprehensive review of model descriptions and measurement. **Evaluation and program planning**, v. 33, no. 4, p. 446-456, 2010.

TEIXEIRA, Mirna Barros; ENGSTROM, Elyne Montenegro; RIBEIRO, José Mendes. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 112, p. 311-330, mar. 2017a.

TEIXEIRA, Mirna Barros *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, maio 2017b.

TSEMBERIS, Sam. From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. **J Community Psychol**, v. 27: p. 225-241, 1999.

TSEMBERIS, Sam; GULCUR, Leyla; NAKAE, Maria. Housing first, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 4, p. 651-656, 2004.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Social Cohesion, Social Disorganization and Illegal Drugs, International Narcotics Control Board.** Report of

the International Narcotics Control Board for 2011 (E/INCB/2011/1). New York, Jan. 2012.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Treatment and care for people with drug use disorders in contact with the criminal justice system.** Draft pre-launch publication for initial circulation. Mar. 2018.

WATSON, Dennis P. *et al.* Housing first and harm reduction: a rapid review and document analysis of the US and Canadian open-access literature. **Harm Reduction Journal**, v. 14, n. 1, p. 30, 2017.

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objeto de análise o processo de implantação de intervenções de moradia assistida inspiradas no modelo *Housing First* (HF) voltadas para pessoas em situação de rua com problemas de saúde mental, incluindo o decorrente do uso de drogas. Mais especificamente, buscamos compreender os aspectos que favorecem e dificultam que esse tipo de proposta seja colocado em prática. Para tal, realizamos uma revisão sistemática de literatura e um estudo de caso de análise de implantação, cujos resultados foram apresentados nesta dissertação em formato de artigo. Em ambos os estudos tivemos o modelo *Housing First*¹ como referencial teórico-conceitual e a Análise de Implantação²⁻⁵ como lente analítica.

Inicialmente, apresentamos e debatemos os resultados da revisão sistemática da literatura. Analisando estudos de intervenções de HF desenvolvidas nos Estados Unidos, Canadá, Europa e Austrália, identificamos os fatores contextuais que favoreceram e dificultaram o processo de implantação do modelo nesses países. Utilizando modelo analítico oriundo da área da ciência da implantação¹, sistematizamos esses fatores em quatro conjuntos de dimensões: características da intervenção, contexto da implantação, aspectos institucionais e processo de implantação.

Verificamos que o conjunto de evidências disponíveis sobre o HF transmite legitimidade ao modelo, favorecendo sua percepção como uma solução mais efetiva do que outros modelos no enfrentamento do problema da situação de rua. Entretanto, identificamos que a lógica da proposta pode ser percebida como complexa e ambígua, em decorrência do grau de mudança de atitude exigido dos implantadores, da necessidade de interação entre agentes e instituições com diferentes culturas e práticas institucionais e da falta de clareza conceitual e operacional sobre as abordagens de redução de danos e reabilitação psicossocial.

Identificamos também características dos beneficiários, da comunidade e da rede de serviços locais – elementos que compõem o contexto local da implantação, que dificultam o processo de implantação. Destacaram-se as dificuldades relacionadas ao atendimento das diversas e complexas necessidades dos moradores, especialmente a ausência de renda mínima, a impermeabilidade dos serviços locais ao modelo HF e as atitudes de intolerância e discriminação por parte de atores da comunidade.

Um amplo espectro de fatores relacionados aos aspectos institucionais foi elencado, com destaque para o papel exercido pelos valores, crenças e atitudes dos gestores e equipes, que podem contribuir ou desfavorecer o processo de implantação, dependendo do grau de alinhamento deles com os princípios do HF. Ainda com relação à capacidade institucional, a coordenação das ações do programa apareceu como um ponto sensível em diversos contextos, refletida pelas dificuldades de interface entre as equipes internas ao programa (apoio habitacional e clínico/psicossocial), bem como a falta de integração com outros prestadores de serviços necessários para atender as necessidades dos beneficiários. Ainda nesta dimensão, as capacidades e competências desejáveis à implantação puderam ser identificadas.

Na última dimensão mencionada, apontamos os processos críticos à implantação do programa – elegibilidade, estruturação das moradias e acompanhamento dos moradores, identificando as principais dificuldades e facilidades associadas a cada um deles. A indisponibilidade de moradias sobressaiu como o principal obstáculo, em decorrência tanto de características das políticas habitacionais locais quanto da configuração do mercado imobiliário privado. Em um nível mais interacional, discutimos como atitudes dos agentes implantadores podem representar um ponto de resistência à materialização de diretrizes centrais do HF, como aquela de que a moradia deve ter caráter permanente, a não exigência de participação dos moradores em tratamentos de saúde e/ou outros serviços complementares e a focalização em públicos mais vulnerabilizados.

Consideramos que o estudo da literatura realizado forneceu um conjunto de elementos relevantes na análise, na formulação e no aprimoramento de intervenções que tenham como objetivo garantir o direito à habitação para pessoas com necessidades de apoio em saúde mental, para além de apontar pontos relevantes ao processo de expansão do próprio *Housing First*. A abrangência das dimensões contextuais consideradas oportunizou uma ampla compreensão do processo de implantação em níveis estruturais e relacionais, que podem ter sua análise aprofundada a partir de recortes e referenciais teóricos delimitados.

O atributo central da implantação analisado na revisão foi o contexto, que se configura como conceito pouco desenvolvido teoricamente, o que traz limites ao nosso trabalho. Entretanto, acreditamos que a utilização do quadro referencial CFIR tenha minimizado tais prejuízos. Além disso, a carência de maior detalhamento das contingências políticas e sociais em que os programas internacionais foram

desenvolvidos reduziu nossa capacidade de análise, o que aponta para uma lacuna na forma de produção dos estudos sobre o tema da implantação do HF, que diz respeito à pouca caracterização e análise do contexto mais amplo no qual as intervenções são introduzidas. Ainda na perspectiva das características dos estudos analisados, a expressiva quantidade de artigos, quase um terço do total analisado, que trata do mesmo estudo-piloto canadense – *At Home/Chez Soi*, e a prevalência de um grupo de sete pesquisadores que são autores em mais de um quarto das publicações, são dois aspectos que merecem destaque.

Em nossa análise do processo de implantação da iniciativa-piloto local, dimensionamos em que medida a intervenção foi implantada conforme concebida, além de identificar os fatores que influenciaram a implantação. Constatamos que a iniciativa priorizou a inclusão do público-alvo em casas individuais, inseridas na comunidade, respeitando a escolha individual e os critérios de baixa exigência para acesso e permanência na moradia, adotando os princípios fundamentais do modelo proposto. Nessa perspectiva, concluímos que houve capacidade em diferentes níveis para colocar em prática o conceito da moradia em primeiro lugar, revelando a potencialidade de adoção do HF em nosso país, ao menos no que diz respeito ao seu princípio norteador.

Entretanto, identificamos aspectos críticos da intervenção, que podem subsidiar futuros debates, bem como o aprimoramento e a expansão dessa modalidade de iniciativa. Sobretudo, ressaltamos a garantia de equipamentos mínimos para mobília das casas, treinamento e supervisão da equipe, organização do processo de trabalho com definição de tarefas administrativas e técnicas, além de aperfeiçoamento no processo de gestão do cuidado dos moradores. Ressaltamos o desafio em transpor a proposta da inserção social para a prática, no que diz respeito à integração dos moradores em espaços e experiências de geração de renda, participação social, política e cultural. Tal limitação aparece associada especialmente à falta de integração com serviços comunitários locais, igualmente evidenciada em outros países.

A estratégia metodológica utilizada – o estudo de caso único – tem por natureza uma abrangência limitada que, em nossa pesquisa, restringiu a amplitude dos fatores contextuais do cenário brasileiro. Por outro lado, consideramos que houve ganho em relação à profundidade, a partir do cotejamento entre as fontes de informação utilizadas, a densidade do trabalho de campo e a participação dos trabalhadores e gestores na modelização e análise dos dados, o que ampliou maior detalhamento da realidade

analisada. Acreditamos que o material oriundo da observação participante, bem como o produzido pela equipe responsável pela intervenção (diário de campo coletivo e registro dos processos individuais desenvolvidos com os beneficiários), constituiu um *corpus* robusto que, a partir do adensamento de outros recortes analíticos, permitirá aprofundamentos para além da avaliação de implantação realizada.

Ao colocarmos o estudo de caso e a revisão de literatura em diálogo, identificamos três dimensões com obstáculos persistentes de implantação do HF, ou seja, vivenciados em grande parte dos outros países e na experiência nacional analisada. São elas a capacidade do sistema habitacional local, a capacidade institucional para execução integrada do apoio habitacional e clínico (ou psicossocial) e a capacidade da rede de serviços públicos e/ou comunitários para atender as necessidades dos moradores. Identificamos também que a resistência dos agentes implantadores (gestores e trabalhadores) aos princípios de implantação do HF, fator dificultador nas experiências internacionais, teve menor relevância na experiência brasileira. Pelo contrário, as características da equipe do PCV (experiência de vida e engajamento na defesa dos direitos das pessoas em situação de rua) favoreceram a adequação aos pressupostos do modelo teórico do HF.

Constatamos que a indisponibilidade de moradias é vivenciada por todos os países analisados, estando associada, dentre outros fatores, à insuficiência dos subsídios financeiros para custeio do aluguel, ao baixo número de habitações sociais disponíveis, bem como ao preconceito por parte dos proprietários com relação ao histórico de rua e consumo de drogas dos participantes. Tais dificultadores impactam a implantação de diversas maneiras, por exemplo, demora na inclusão dos beneficiários na moradia, dificuldade para efetivar processos de realocação, disponibilização de casas com estruturas precárias, em territórios inadequados em termos de mobilidade e urbanidade e fora dos locais de interesse dos participantes.

Pudemos, assim, compreender que a escassez de imóveis adequados e acessíveis aos interesses dos programas HF não se restringe apenas a uma questão de oferta e demanda de imóveis, mas passa também pela inadequação das políticas habitacionais para sustentar esse tipo de proposta e pela falta de integração das estratégias existentes com outras políticas sociais, tais como de saúde mental e de atenção à população em situação de rua. Esta análise permite-nos afirmar que as limitações impostas pelo sistema habitacional, compreendendo agentes e instituições dos setores público e privado e suas

respectivas interações, constituem o principal obstáculo para a superação de barreiras ao acesso dos beneficiários à moradia estável e permanente, desafiando não só a sua implantação, mas a sustentabilidade.

Sobre tal aspecto, é importante destacar que no Brasil, em que pese o direito à moradia ter sido incorporado ao conjunto dos direitos sociais previstos na Constituição Federal em 2010, constata-se que tal garantia jurídica tem sido insuficiente para resolver o problema habitacional entre populações mais vulneráveis, sendo a situação ainda pior quando, para além da pobreza, outras instabilidades são acrescentadas – tais como o uso problemático de drogas e o transtorno mental^{6,7}.

Parte da crítica ao atual modelo habitacional brasileiro refere-se ao fato de suas ações estarem ancoradas à aquisição da propriedade privada como o programa Minha Casa Minha Vida ou em subsídios temporários para o aluguel de imóveis, conhecido frequentemente como aluguel social ou bolsa aluguel⁸. Ambas as modalidades são objeto de crítica pela sua incapacidade de beneficiar grupos mais vulnerabilizados socialmente⁶, seja por essa população não possuir renda mínima ou estável que garanta a aquisição e manutenção dos imóveis, seja pelo fato de os benefícios temporários não atenderem a necessidade de moradia de forma permanente.

Nesse cenário, o desenho do conjunto das políticas que tratam de moradia para grupos vulneráveis coloca o acesso à moradia estável como um processo lento e gradual, que deveria culminar com o acesso à propriedade de um imóvel. Entretanto, as possibilidades de moradia provisória disponibilizadas pelas atuais políticas públicas – Abrigos e Repúblicas/Assistência Social⁹ e Unidas de Acolhimento/Saúde¹⁰ – tampouco conseguem cumprir essa função de forma satisfatória, pela deficiência quantitativa ou por limitações associadas à qualidade dos serviços. Em nível nacional, as iniciativas pioneiras mencionadas na introdução desta dissertação configuram as únicas experiências de gestão compartilhada entre mais de um desses setores para atender às necessidades complexas dessas pessoas, sendo importante destacar que em nenhuma delas o órgão responsável pela política habitacional propriamente dita tem atuação.

Os resultados de nosso estudo evidenciaram ainda relações problemáticas entre os componentes da moradia assistida (casa e apoio), essencialmente quando são instituídos como estratégia de inserção social, proposta da experiência brasileira por nós estudada, uma vez que a moradia adequada é apenas um dos requisitos básicos para a inclusão social¹¹⁻¹². Entretanto, ter uma casa, por si só, não garante inclusão social. As

relações instituídas entre a oferta da moradia e a maior integração social e comunitária não parecem ocorrer de forma linear e consecutiva. Conforme já mencionado, a transposição do conceito ou referencial da inserção social para o campo operacional aparece como uma carência. Nesse sentido, parece ser fundamental, especialmente nas situações em que o HF se constitua como intervenção pública, que o seu componente lógico-operacional seja aprimorado, definindo as parcerias e os meios adequados para estruturação das moradias e atendimento das diversas necessidades dos moradores.

Com relação a esse aspecto, ressaltamos que na proposta original do HF o resultado esperado é a permanência na moradia, sendo a inserção social o impacto decorrente desse resultado¹³. Compreende-se, de forma indireta, que o HF procura promover a integração social por meio da inserção e manutenção dos moradores em unidades residenciais localizadas em bairros comuns, enfatizando-se que o pertencimento ao cotidiano de uma comunidade, no *status* de um também morador comum, é o principal impulso para o processo de integração¹⁴.

No caso da intervenção nacional analisada, identificamos que a proposta do Governo Federal buscou, por meio da oferta integrada de um conjunto de bens e serviços públicos, superar o padrão de atenção fragmentado das políticas sociais. Nesse sentido, é evidente o protagonismo dos setores de Saúde e Assistência Social no processo de implantação. São os agentes destes dois setores os responsáveis pela oferta do apoio habitacional, assistencial e psicossocial. Sendo também esses os principais mediadores do processo de inserção social dos moradores.

As práticas desenvolvidas por cada um desses dois campos estão organizadas em torno de um conjunto de conceitos que buscam traduzir os princípios de seus respectivos sistemas no cotidiano dos serviços, a partir de linguagens próprias. Apesar de os dois campos compartilharem princípios comuns e apresentarem convergências significativas, há conflitos e disputas oriundas de concepções e práticas distintas de cuidado que precisam ser consideradas¹⁵⁻¹⁷. Afinal, trata-se de situação complexa e polissêmica a atenção a usuários de drogas em situação de rua, uma vez que o enfrentamento das vulnerabilidades desse público tangencia aspectos éticos, morais e legais, ultrapassando significativamente a capacidade de um único setor¹⁸. Criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações públicas é necessário tanto da perspectiva da racionalização meios-fins, como do bem-estar e conveniência das pessoas atendidas.

Nessa perspectiva, acreditamos que explorar a percepção de profissionais da Saúde e Assistência Social sobre a concepção do cuidado em saúde mental no contexto de intervenções residenciais, bem como as formas de cuidado produzidas por esses diferentes setores poderá ajudar a melhor compreender como a política pública, com as estruturas e trabalhadores que possui, pode colaborar para o desafio da inserção social de pessoas com transtorno mental por meio de moradias assistidas, tendo como princípios orientadores a integralidade e a intersetorialidade. Acreditamos igualmente que a percepção dos moradores sobre a experiência de morar de forma assistida é um tema que necessita ser aprofundado e constitui uma forma de triangular perspectivas sobre o tema, confrontando as reflexões dos moradores à dos trabalhadores e gestores.

Ainda com relação a futuras investigações, percebe-se a necessidade de analisar a arena de disputas e contradições que envolvem esse tipo de intervenção de proteção social, na perspectiva de compreender os principais obstáculos de institucionalização da agenda Moradia Primeiro em nosso país. A concepção da proposta nacional analisada se situa em um campo de intensa disputa e contradição (política sobre drogas) que presencia importantes acontecimentos nos últimos anos, com repercussões significativas sobre a concepção de cuidado público a ser ofertado a pessoas que fazem uso de drogas. A esse cenário soma-se o fato de que esse tipo de intervenção busca, por meio da oferta integrada de um conjunto de bens e serviços públicos, superar o padrão de atenção fragmentado das políticas sociais. Tal desafio não se restringe, entretanto, ao cuidado das pessoas em situação de rua, mas se incorpora a um cenário maior de desarticulação processual do sistema protetivo brasileiro que é resultado de disputas e deslocamentos na seguridade social nos últimos anos¹⁹.

Referências

1. Stefancic A, Tsemberis S, Messeri P, Drake R, Goering P. The pathways housing first fidelity scale for individuals with psychiatric disabilities. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2013 Oct 1;16(4):240-61.
2. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A

- consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4(1).
3. Champagne F *et al.* A análise da implantação. *In:* Brousselle A *et al.*, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Editora Fiocruz; 2011. p. 217-38.
 4. Hartz ZM de A. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Fiocruz; 1997.
 5. Vieira-da-Silva LM. Avaliação de políticas e programas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
 6. Menezes RLVS. Crítica do direito à moradia e das políticas habitacionais. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2017.
 7. Kohara L. A moradia é a base estruturante para a vida e a inclusão social da população em situação de rua. Pesquisa sobre os desafios para a efetivação do direito à moradia digna da população em situação de rua: estudo de experiências de atendimento público nas cidades de São Paulo, Belo Horizonte, Salvador e Fortaleza. [Relatório técnico final do projeto de pesquisa pós-doutorado sênior]. São Paulo: Universidade Federal do ABC; 2018.
 8. Santos A, Medeiros M, Luft R. Direito à moradia: um direito social em construção no Brasil: a experiência do aluguel social no Rio de Janeiro. Planejamento e Políticas Públicas, v. jan/jun 16, p. 217-242, 2016. [acesso em 11 set. 2017]. Disponível em: www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/548/390
 9. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – Resolução CNAS nº 109 de 11/11/2009. Brasília: CNAS/MDS; 2009.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento) no componente de atenção residencial de caráter da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Diário Oficial da União; mai. 2012.
 11. Anderson I. Housing policy and street homelessness in britain. *Hous Stud.* 1993 Jan 1 ;8(1):17–28.
 12. Pleace N. Single Homelessness as Social Exclusion: The Unique and the Extreme. *Soc Policy Adm.* 1998 Mar 10;32(1):46–59.

Tsemberis (2015)

14. Padgett DK. There's no place like (a) home: Ontological security among persons with serious mental illness in the United States. *Soc Sci Med.* 2007 May;64(9):1925–36.
15. Ayres JR de CM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Soc.* 2004 Dec;13(3):16–29.
16. Faleiros V de P. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. *Rev Katálisis.* 2013;16(spe):83–91.
17. Passos RG. “Entre o assistir e o cuidar”: tendências teóricas no Serviço Social brasileiro. *Rev Em Pauta.* 2018 Feb 27;15(40):247–60.
18. Dutra R, Arenari B. Implementação de políticas públicas e Inclusão social: a atuação de organizações Implementadoras com populações de rua usuárias de drogas. In: Pires RRC (org). *Implementação Políticas Públicas e Reprodução Desigualdades.* 2017;13:9.
19. Sposati A. Descaminhos da seguridade social e desproteção social no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2018 Jul 1;23(7):2315–25.

ANEXO A – Matriz de Referência do Projeto de Inserção Social

Secretaria Nacional de Política sobre Drogas

Seus Direitos
Sua Proteção
Sua Segurança

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA
E SEGURANÇA
PÚBLICA

MATRIZ DE REFERÊNCIA - PROJETO DE INSERÇÃO SOCIAL:

Estratégia intersetorial para acesso à direitos de pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, com demandas associadas ao uso de crack, álcool e outras drogas

INTRODUÇÃO

A SENAD vem ofertar aos municípios inscritos no Projeto Redes Intersetoriais, recursos para o desenvolvimento de Projeto de Inserção Social (PI). O PI deverá apresentar um conjunto de iniciativas intersetoriais que garantam a inserção e o resgate social das pessoas em condição de vulnerabilidade social e que apresentem demandas/necessidades relacionadas ao consumo de crack, álcool e outras drogas ofertando, através de uma perspectiva de adesão voluntária, a ampliação de acesso aos direitos de moradia, alimentação, trabalho, renda, qualificação profissional, educação, esporte/cultura, promovendo, dessa forma, autonomia, protagonismo e melhora das condições concretas de vida dos usuários.

São diretrizes do PI: a) concepção do usuário como sujeito de direitos; b) redução de danos e riscos como medidas de intervenção preventiva, de cuidado e de promoção da saúde e dos direitos humanos que coloca a vida e autonomia das pessoas em primeiro plano, acima de julgamentos sobre seus hábitos e escolhas; c) baixa exigência, sem demandar abstinência ou redução do uso para acessar o programa como condição necessária, o que permite acolher casos mais graves de uso, por vezes, rejeitados em outros serviços; d) desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares construídos em acordo mútuo com os usuários, seus familiares e os contextos; e) integração/articulação de diversas políticas públicas, traduzidas por meio da oferta de um pacote de direitos de moradia, trabalho, renda, qualificação profissional, educação, cultura/esporte; f) adoção de processos participativos que estimulem o protagonismo dos beneficiários do programa; g) adoção de ações de moradia baseadas em modelos de autogestão e cogestão, incorporando elementos do housing first/moradia primeiro; h) economia solidária/cooperativismo social como dispositivo estratégico nos processos de inserção e de validação social; i) estímulo ao desenvolvimento de produções/intervenção culturais na cidade.

O PI deverá se organizar em três eixos: 1) Moradia; 2) Trabalho/Formação e Qualificação Profissional; 3) Cultura/Educação/Esporte. As modalidades desenvolvidas em cada eixo deverão seguir as possibilidades e arranjos locais.

SOBRE OS RECURSOS FINANCEIROS:

Trata-se da transferência de recursos para os municípios que enviarem projetos para celebração de convênio na modalidade de custeio. Para maiores esclarecimentos quanto ao processo de solicitação do financiamento ofertado pela SENAD, apresentamos abaixo algumas orientações gerais.

MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA

ORIENTAÇÕES GERAIS:

- O município deverá construir proposta de Projeto de Inserção Social (PI) de forma intersetorial com participação dos setores/secretarias e atores envolvidos com a temática e apoio dos articuladores, interlocutores e equipe central do Projeto Redes Intersetoriais de Políticas para Pessoas que Usam Drogas/FIOCRUZ/SENAD e da Coordenação de Cuidados e Reinserção Social da SENAD/MJSP. A estrutura do projeto deve seguir o roteiro apresentado ao final deste documento.
- Após elaboração da proposta, o município deverá encaminhar à SENAD ofício de solicitação de financiamento para o PI com as informações básicas: dados da prefeitura e da secretaria que vai ser executora do projeto, incluindo CNPJ; objeto, ações básicas, valor do projeto e público alvo. No ofício, o município deverá anexar o detalhamento da proposta de PI (Plano de Trabalho). Tais informações devem ser enviadas por meio eletrônico para o e-mail formacao.senad@mj.gov.br.
- Após análise da SENAD o município deve inserir a proposta no SICONV (Sistema de Convênios) de acordo com a estrutura proposta no anexo a este documento. Geralmente os municípios contam com um técnico (geralmente ligado ao setor de planejamento das secretarias) que tem acesso ao SICONV, com senha própria. É muito importante que o município identifique um profissional que tenha familiaridade com as exigências do SICONV.
- Para saber mais sobre as normas que regulamentam convênios, contratos de repasse e termos de execução descentralizada consulte a Portaria Interministerial n. 424, de 30 de dezembro de 2016: <http://portal.convenios.gov.br/legislacao/portarias/portaria-interministerial-n-424-de-30-de-dezembro-de-2016>.
- Em relação a dúvidas e demandas referentes à proposta, entre em contato com as referências de articulação e interlocução do Projeto Redes e/ou com a Coordenação de Cuidados e Reinserção Social: formacao.senad@mj.gov.br; ou pelo telefone (61) 2025 3861.
- Caberá ao articulador e interlocutor do Projeto Redes articular, ofertar esclarecimentos, assessorar a construção da proposta e projeto com apoio direto na formulação e escrita do mesmo junto ao Comitê Gestor Municipal de Políticas sobre Drogas e demais fóruns locais de discussão e deliberação da política.
- Para o projeto de inserção social, o município deve contemplar em sua proposta os seguintes eixos de ação:
 - 1. Moradia**
 - 2. Trabalho/Qualificação Profissional**
 - 3. Cultura/Educação/Esporte**
- Caberá ao articulador e interlocutor do Projeto Redes articular, ofertar esclarecimentos, assessorar a construção da proposta e projeto com apoio direto na

formulação e escrita do mesmo junto ao Comitê Gestor Municipal de Políticas sobre Drogas e demais fóruns locais de discussão e deliberação da política.

1. **MATRIZ DO PROJETO DE INSERÇÃO SOCIAL**

1.1 **Dados gerais da prefeitura** (nome do prefeito, endereço, telefone, e-mail, CNPJ).

1.2 **Dados gerais da Secretaria responsável pela execução** (secretaria, nome do secretário, endereço, telefone, e-mail, CNPJ).

1.3 **Objeto**

Desenvolver iniciativas intersetoriais que garantam o exercício de direitos de cidadania, aumento da contratualidade e autonomia, apoio à construção de projetos de vida das pessoas em situação de vulnerabilidade social, que fazem uso problemático de drogas, por meio de ações de promoção de moradia, trabalho/qualificação profissional e de projetos articulados de cultura/educação/esporte.

1.4 **População referenciada**

Pessoas em situação de vulnerabilidade social que fazem uso problemático de drogas que apresentam necessidades quanto à moradia e/ou trabalho e/ou inclusão em projetos de qualificação profissional, educação, inserção em projetos culturais e de esporte; estando ou não já incluídas na rede de atenção à saúde e proteção social. Importante ressaltar que a adesão ao tratamento ou aos cuidados nas redes citadas não deverá ser condição para a inclusão das pessoas neste projeto.

1.5 **Ações básicas**

Moradia

- Ofertas de aluguel social (pecúnia disponibilizada diretamente ao beneficiário do programa), hotel social (contratação de vagas em hotel), república (aluguel de imóvel na comunidade), contratação de serviços de hospedagem (pousadas, alojamentos), acolhimento institucional (ampliação de vagas). Não será admitido o custeio de serviços de acolhimento que já contam com financiamento do SUS e SENAD (UA, SRT, Comunidades Terapêuticas). Poderá ser custeada ampliação de vagas nos dispositivos tipificados do SUAS referentes à moradia. A oferta de moradia não poderá ser condicionada à exigência de adesão a qualquer tipo de tratamento.

Trabalho/qualificação profissional

- Inserção em programas de frente de trabalho, com base em critérios de baixa exigência, que respeitem as possibilidades e limites de cada sujeito na contratualização dos acordos necessários para o exercício do trabalho, incluindo a oferta de bolsa trabalho, bolsa formação ou correlato.
- Propostas que possibilitem a incubação e/ou ampliação da capacidade de cooperativas ou empreendimentos econômicos solidários já existentes no território, no sentido de fortalecer o empreendimento e absorver o público do projeto em questão.
- Criação de novos projetos de geração de trabalho e renda articulados com a economia solidária.
- Desenvolvimento de cursos de qualificação profissional com base nas necessidades e nas demandas dos usuários incluindo vivência profissional.
- Articulação com os recursos territoriais para formação e qualificação profissional.
- A oferta de trabalho não poderá ser condicionada à exigência de adesão a qualquer tipo de tratamento.

Cultura/Educação/Esporte

- Organização de ações e espaços de convivência com uso de diferentes linguagens que permitam articuladas com as ações de moradia, trabalho e qualificação profissional, a ampliação da contratualização dos usuários do projeto e a requalificação dos seus contextos de vida.
- Instituição de projetos itinerantes com cunho de mobilização social através da educação, da arte, da cultura e do esporte, buscando intervir nos diversos níveis de realidade social (cultural, institucional, familiar e individual), promovendo a transformação de valores sociais, o enfrentando as desigualdades de gênero, sexo, raça, classe, etnia e o empoderamento social.
- Processos formativos para construção/ampliação de conhecimentos dos usuários em sobre direitos humanos, cidadania, prevenção da violência, redução de danos, participação e controle social e outros temas correlatos.
- Apoio a projetos de educação inclusiva, tais como: alfabetização de adultos, inclusão digital, defesa de direitos e outros.
- Ampliação de investimentos em projetos dessa natureza já existentes no território.
- A oferta de projetos articulados de esporte/cultura e lazer não poderá ser condicionada à exigência de adesão a qualquer tipo de tratamento.

1.6 Valor total do projeto

De R\$500.000,00 a R\$1.000.000,00, a depender do porte populacional e dos eixos priorizados.

O projeto deve prever somente ações de custeio. Por esse motivo é vetado o uso do recurso para aquisição de equipamentos ou bens permanentes.

1.7 Contrapartida do município

- A contrapartida do município deverá se dar de acordo com as referências da Lei 13.408, de 26 de dezembro de 2016.

ANEXO:

Roteiro para o projeto:

Nome do Projeto

- Dados gerais da prefeitura (nome do prefeito, endereço, telefone, e-mail, CNPJ)
- Dados gerais da Secretaria responsável pela execução (secretaria, nome do secretário, endereço, telefone, e-mail)
- Objeto
- Objetivos
- Metas
- Metodologia
- População referenciada
- Justificativa
- Cronograma de Desembolso e elementos de desembolso

Referências

Brasil. 2013. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres.** Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH.

Brasil. 2015. Secretaria Nacional de Economia Solidária. Ministério do Trabalho e Emprego. Comitê Gestor do Programa Nacional de Apoio ao Associativismo e ao Cooperativismo Social. **Marco Conceitual e Política de Assessoramento em Associativismo e Cooperativismo Social - Termo de Referência.**

Bertoni, N., Bastos, F. (2014). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras.** Rio de Janeiro: Editora ICICT/Fiocruz. Disponível em <https://www.icict.fiocruz.br/content/livro-digital-da-pesquisa-nacional-sobre-o-uso-de-crack-é-lançado> (acesso em 06/03/2017).

Polvere, L., MacLeod, T., Macnaughton, E., Caplan, R., Piat, M., Nelson, G., Gaetz, S., & Goering, P. (2014). **Canadian Housing First toolkit: The At Home/Chez Soi experience.** Calgary and Toronto: Mental Health Commission of Canada and the Homeless Hub. www.housingfirsttoolkit.ca

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Moradia assistida para população em situação de rua - Análise de implantação

Pesquisador: Juarez Pereira Furtado

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 96872518.4.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.882.450

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo para obtenção do título de mestre. Propõe-se a realização de estudo de caso de um Programa de Moradia Assistida para pessoas em situação de rua desenvolvido em Brasília, tomando como parâmetro a abordagem Housing First (HF) - modelo internacional para solucionar a situação de rua entre pessoas com transtorno mental e uso abusivo de drogas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar o processo de implantação de um programa de moradia assistida para população em situação de rua no Brasil.

Objetivo Secundário:

- Compreender as oportunidades e desafios encontrados no processo de implantação da abordagem Housing First no contexto brasileiro.- Propor categorias para compreensão e avaliação de aspectos relacionados a moradias assistidas; e- Contribuir para o debate e planejamento de novas iniciativas voltadas para a moradia de pessoas em situação de rua.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos relativos a participação em entrevista.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa bem estruturada. Para compreender a implantação de iniciativas pioneiras de moradia assistida para pessoas em situação de rua, propõe-se a realização de estudo de caso de um Programa de Moradia Assistida para pessoas em situação de rua desenvolvido em Brasília,

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 2.882.450

tomando como parâmetro a abordagem Housing First (HF) - modelo internacional para solucionar a situação de rua entre pessoas com transtorno mental e uso abusivo de drogas. A coleta de dados será realizada por meio de análise documental, entrevista e observação participante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos adequados.

Recomendações:

Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1179095.pdf	25/08/2018 19:04:34		Aceito
Outros	Formulario.pdf	25/08/2018 19:03:22	Juarez Pereira Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MoradiaAssistida_observacao_participante.docx	21/08/2018 12:09:37	Juarez Pereira Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MoradiaAssistida_Entrevista_Individual.docx	21/08/2018 12:08:16	Juarez Pereira Furtado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_moradia_assistida_entrevista_grupo.docx	21/08/2018 12:07:55	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Parecer Anterior	ParecerFMUSP.pdf	21/08/2018 12:07:20	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_instituicao.jpeg	21/08/2018 12:07:01	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_pesquisa_mestrado_CEP.pdf	21/08/2018 12:02:33	Juarez Pereira Furtado	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	21/08/2018 11:04:10	Juarez Pereira Furtado	Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

USP - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 2.882.450

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 10 de Setembro de 2018

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

1.

NOME:.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M ☐ F☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO.:

.....

BAIRRO:

CIDADE

.....

CEP:.....TELEFONE: DDD (.....)

.....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: **Moradia assistida para pessoas em situação de rua: análise de implantação.**

2. PESQUISADORA: **Adriana Pinheiro Carvalho**

CARGO/FUNÇÃO: Psicóloga/Mestranda

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO ☒RISCO MÉDIO ☐RISCO BAIXO ☐RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 2 anos

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos solicitando seu consentimento para participar voluntariamente da pesquisa **“Moradia assistida para pessoas em situação de rua – análise de implantação”**, inserida no projeto de dissertação de mestrado vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva da USP (Universidade de São Paulo), a fim da obtenção do título de mestre pela pesquisadora.

Este estudo tem como objetivo realizar uma pesquisa avaliativa sobre moradias assistidas para população em situação de rua e tem como objetivo compreender as oportunidades e desafios encontrados no processo de implantação dessa iniciativa no contexto brasileiro, gerando subsídios para o aprimoramento das políticas voltadas para esse público. Para isso, serão realizadas entrevistas com gestores e técnicos responsáveis pela implantação de programas de moradia assistida no Brasil, análise de documentos relativos aos programas e observação participante de um programa em desenvolvimento no Distrito Federal.

Neste sentido, este TCLE refere-se apenas ao trabalho de coleta de dados por meio de **observação participante e entrevistas não diretivas em grupo**. Se você concordar em participar deste estudo, serão combinados encontros no espaço de trabalho para realização da observação e acompanhamento do trabalho. Realizaremos anotações em diários de campo para que as informações possam ser recuperadas e analisadas posteriormente. O material oriundo da observação participante será apresentado aos sujeitos participantes da pesquisa para que estes avaliem as informações e indiquem correções e modificações que acharem necessário, no sentido de evitar análises inapropriadas. Para a realização das entrevistas não diretivas em grupo, será solicitado que você compareça em encontros, em local, data, horários e duração a serem estabelecidos pelos profissionais envolvidos. A pesquisadora irá atuar como moderadora para auxiliar nas discussões do grupo e, ao mesmo tempo, realizar anotações e observações do que for relatado neste grupo. Serão utilizados

gravadores de áudio para que as informações fornecidas durante as discussões possam ser recuperadas e analisadas posteriormente.

Teremos o compromisso de respeitar a identidade e a privacidade dos participantes desta pesquisa, que serão preservadas nas transcrições e nos relatórios. Da mesma forma, os dados coletados serão mantidos em sigilo e somente usados para fins deste estudo. Informamos também que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados na forma de artigos e livros, mantendo sempre o mesmo compromisso de preservar o anonimato dos participantes. Você terá o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas.

Ressaltamos que a sua participação na pesquisa não é obrigatória e, mesmo se disponibilizando em participar, você poderá se recusar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Serão atendidas quaisquer solicitações de esclarecimento, antes, durante e após a realização dos grupos de discussão.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A pesquisadora é Adriana Pinheiro Carvalho, Psicóloga, e detém a responsabilidade desta pesquisa. Está sob a orientação do Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado, que poderá ser encontrado no endereço: UNIFESP- Prédio Central – Rua Silva Jardim, 136 – Vila Mathias – Santos/SP – Telefone: 13 3878-3700. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP): **Av. Dr. Arnaldo, 251 – Cerqueira César – São Paulo – SP – 21º andar – sala 36 – CEP: 01246-000.** Tel.: 3893-4401/4407, E-mail: cep.fm@usp.br

“Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo intitulado: Moradia assistida para população em situação de rua: análise de implantação. Eu discuti com a pesquisadora sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros

para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento.”

Assinatura do participante

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____