

Saúde Mental e População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial

Mental Health and Homeless Population in the Psychosocial Care Network

Salud Mental y Población en Situación de Calle en la Red de Atención Psicossocial

Natália Amaral Antunes

Mestranda do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Estadual Paulista, UNESP, Franca, SP, Brasil;
E-mail: natalia.a.antunes@unesp.br; ORCID: 0009-0003-3527-1863

Fernanda de Oliveira Sarreta

Pós-doutorado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto; Docente da Universidade Estadual Paulista, UNESP, Franca, SP, Brasil;
E-mail: fernanda.sarreta@unesp.br; ORCID: 0000-0001-8001-3060

Contribuição dos autores: NAA contribuiu para levantamento bibliográfico, escrita e revisão final do manuscrito. FOS atuou como supervisora da pesquisa, auxiliando em todas as etapas, inclusive na revisão final do manuscrito. Ambas se responsabilizam pelo conteúdo do artigo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

Fontes de financiamento: Próprio.

Recebido em: 13/11/2024

Aprovado em: 29/10/2025

Editor responsável: Julio César Schweickardt

Resumo: O artigo tem o objetivo de analisar os fenômenos da saúde mental e da população em situação de rua, considerando o modo de produção capitalista. Este artigo é parte da pesquisa de mestrado e se constitui em um ensaio teórico que utilizou referenciais do materialismo histórico e análise documental de legislações das políticas de saúde mental e população em situação de rua no Brasil. Foram realizadas reflexões acerca das várias determinações dos dois fenômenos, assumindo-os como expressões da questão social. Como resultados e reflexões, é observado que a população em situação de rua encontra o fenômeno da loucura no lugar de não-ser nesta organização social desafiando a RAPS para que o cuidado em saúde seja em liberdade e não manicomial. Essa população aponta uma principal contradição entre a política de saúde e a sociedade, a de humanizar os não-humanos.

Palavras-chave: Saúde Mental; População em Situação de Rua; Capitalismo.

Abstract: This article aims to analyze the phenomena of mental health and the homeless population, considering the capitalist mode of production. This article is part of a master's thesis and constitutes a theoretical essay that used frameworks from historical materialism and documentary analysis of legislation on mental health and homeless policies in Brazil. Reflections were carried out on the various determinants of both phenomena, understanding them as expressions of social question. As findings and reflections, the homeless population encounters the phenomenon of madness in the place of non-being within this social organization, challenging the Psychosocial Care Network (RAPS) so that healthcare is provided in freedom rather than through manicomial practices. This population highlights a central contradiction between health policy and society: the humanization of those deemed non-human.

Keywords: Mental Health; Homeless Population; Capitalism.

Resumen: El artículo tiene como objetivo analizar los fenómenos de la salud mental y de la población en situación de calle, considerando el modo de producción capitalista. Este artículo forma parte de una investigación de maestría y se constituye como un ensayo teórico que utilizó referentes del materialismo histórico y el análisis documental de las legislaciones de las

políticas de salud mental y de atención a la población en situación de calle en Brasil. Se realizaron reflexiones acerca de las múltiples determinaciones de ambos fenómenos, considerándolos como expresiones de la cuestión social. Como resultados y reflexiones, se observa que la población en situación de calle encuentra el fenómeno de la locura en el lugar del no-ser dentro da organización social, desafiando a la Red de Atención Psicosocial (RAPS) a garantizar una atención en salud basada en la libertad y alejada de prácticas manicomiales. Esta población pone de manifiesto una contradicción fundamental entre la política de salud y la sociedad: la de humanizar a los no humanos.

Palabras-clave: Salud mental; Población en situación de calle; Capitalismo.

INTRODUÇÃO

A realidade contemporânea possui a urgência em levantar reflexões sobre a saúde mental e a população em situação de rua enquanto expressões da questão social, geradas pela contradição capital e trabalho.

A atualidade tem sido marcada pelas desigualdades sociais, violações de direitos e violências próprias do capitalismo, mas também tem sido marcada pela popularização da temática da saúde mental com o aumento de diagnósticos e a medicalização da vida. Assim como é um dado de realidade, o aumento de pessoas vivendo nas ruas. “O número de municípios brasileiros com pessoas em situação de rua cadastradas quase dobrou, passando de 1.215 (22%), em 2015, para 2.354, em 2023 (42% dos municípios do país)”^{1:6}.

A População em Situação de Rua (PSR) vivencia cotidianamente vários rompimentos, pobreza, violências, constituindo um coletivo com diversos fatores que afetam a saúde mental, seja pela própria condição da rua, pelos preconceitos, violências ou estigmas sofridos. Esses rompimentos não são de ordem exclusivamente individual, mas têm origem em um processo histórico, social e econômico próprio do modo de produção capitalista.

As atuais normativas de saúde mental brasileiras possuem uma longa história de luta social pelo cuidado em liberdade e o respeito às pessoas. Luta que culminou na construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011. A RAPS organiza o cuidado em saúde mental em toda a rede de saúde,

ênfatizando a importância do trabalho intersetorial e territorializado. As diretrizes da RAPS possuem um olhar para a assistência em saúde mental, baseada na humanização e atenção integral ao sujeito e suas necessidades, estando presente o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e liberdade das pessoas e demarcando que o isolamento não é mais sinônimo de tratamento.

Entre as diretrizes, também é previsto o combate a estigmas e preconceitos, levando em consideração que pessoas com sofrimento mental não são objetos inanimados e sem vontade própria. Também possui a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, inclusive para a PSR, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar. Prevê que o cuidado em saúde mental não é exclusivo de algumas profissões ou alguns serviços, sendo responsabilidade da rede multiprofissional e das diversas políticas sociais.

Este artigo tem o objetivo de analisar os fenômenos da saúde mental e da população em situação de rua, considerando o modo de produção capitalista. Ele se constitui em um ensaio teórico que utiliza referenciais do materialismo histórico e autores marxistas dentro da área saúde mental, como Frantz Fanon, Ignacio Martín-Baró, Franco Basaglia, além de pesquisa documental das políticas de saúde mental e da PSR no Brasil e apresenta resultados parciais da pesquisa de mestrado acadêmico subsidiada pelo exercício profissional junto à essa população no Consultório na Rua, no interior do estado de São Paulo.

Esse referencial teórico reconhece que o modo de produção capitalista determina a assistência em saúde mental e as ideias por detrás dela. “As causas últimas de todas as modificações sociais e das subversões políticas devem ser procuradas não na cabeça dos homens, mas na transformação dos modos de produção e de seus intercâmbios”². E compreende que o fenômeno da PSR é parte integrante do capitalismo, desde os seus primórdios quando os camponeses foram lançados às ruas e constituíram a massa livre de proletários.

Essa população desafia a Rede de Atenção Psicossocial a construir respostas não óbvias, que enfrentem a lógica manicomial de internações e

abrigamentos como única possibilidade de cuidado em saúde mental e de superação do contexto das ruas. A saúde mental deve ser considerada como uma construção da sociedade que possui múltiplas determinações sociais. Como Minayo afirma, a Dialética “[...] considera que o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos.”^{3:25}.

O manuscrito está organizado em três partes. Primeiro, faz uma reflexão teórica do que está sendo chamado de saúde mental, analisando-a sob o viés materialista, considerando que o processo saúde-doença e o ser humano se produzem no concreto⁴. Em seguida, traz algumas reflexões sobre a PSR enquanto uma parcela da população com determinações sociais complexas que tem muitas de suas raízes históricas semelhantes às da loucura nesta formação social. E conclui com a intersecção das temáticas, apresentando uma breve contextualização da história da política de saúde mental e da assistência brasileira até os dias de hoje, e como a PSR desafia a atual rede de serviços a não continuar práticas de cunho manicomial.

SAÚDE MENTAL EM UMA PERSPECTIVA CRÍTICA E SOCIAL

Abordar sobre a saúde mental é, antes, falar do que é normal e anormal. Como diz Fanon (2020), “O louco é aquele que é ‘estranho’ à sociedade”^{5:264}. Dessa maneira, se faz necessário pensar na organização social e como são definidos os estranhos e loucos. Neste texto, os termos loucura e saúde mental serão utilizados como sinônimos, entendendo que versam sobre uma mesma temática dentro do capital. No entanto, é importante apontar que são faces opostas e dependentes de um mesmo fenômeno social, aquele que é estranho e que, em tese, não se encaixa em um dado padrão social.

A associação entre a saúde mental e contexto social pode ser apreendida por Marx, em seus estudos sobre o modo de produção capitalista. Conforme a acumulação do capital foi crescendo, também cresceu a massa de trabalhadores sobrando, pois muitos camponeses foram expropriados de suas moradias e forçados a migrarem para locais onde poderiam vender o único bem que possuíam, a sua força de trabalho. Marx (2013)⁶ nomeou de Acumulação Primitiva o momento de expropriação dos camponeses dos feudos que dividiu as duas grandes classes, a burguesia que possui a terra e os bens de produção e os trabalhadores que tem somente sua força de

trabalho para oferecer e vender. As cidades foram surgindo nesse contexto e os trabalhadores migraram para onde havia trabalho.

Com a manufatura, a tecnologia e o aumento da produção, mais trabalhadores foram se deslocando para as cidades. Destes muitos foram para as ruas e ocuparam a função de ser reserva/mão de obra reserva para a manutenção da produção capitalista. Marx nomeou de superpopulação relativa ou exército industrial de reserva essa massa de trabalhadores, que garantia a manutenção da produção e pressionava os trabalhadores empregados. Ele também percebeu uma camada mais abaixo da superpopulação, o pauperismo, que “constitui o asilo para inválidos do exército trabalhador ativo e o peso morto do exército industrial de reserva.”^{6:874}

O autor estabeleceu uma relação intrínseca a este modo produção que nomeou de lei geral da acumulação capitalista, constituída pela razão direta entre crescimento do capital e o crescimento do exército industrial de reserva, bem como o aumento das classes pauperizadas. Em outras palavras, quanto mais o capital se acumula deixando algumas poucas pessoas ricas, na outra ponta, a grande parcela de trabalhadores fica mais empobrecida, ocupando as camadas mais baixas. É desta relação que surge a chamada questão social, que se dá justamente na diferença e contradição entre as classes sociais e na relação com o trabalho, que passa de um processo coletivo para uma apropriação privada.⁷

Outro crescimento foi percebido por Marx, mesmo que ele não tenha se detido na temática. Em uma publicação jornalística para o New-York Daily Tribune, no ano de 1858, Marx verificou uma relação entre o crescimento da riqueza e do pauperismo, mas “Curiosamente, a mesma lei parece valer com respeito à loucura”^{8:241}. Na publicação, ele analisou o crescimento da população nos asilos, em instituições residenciais licenciadas e nas casas de trabalho (as *workhouses*), entre os anos de 1852 e 1857, verificando um aumento considerável de pacientes em todas essas instituições psiquiátricas inglesas da época.

A criação dos hospitais é anterior e remonta a Idade Média. Conforme Amarante (2015)⁹, o hospital era uma instituição de caridade, onde não havia

uma intervenção propriamente em saúde, mas tinha como fim o abrigo e assistência religiosa aos pobres, miseráveis e mendigos. O nome hospital vem do latim 'hospitalidade' ou 'hospedagem', apontando que seu surgimento nem sempre foi ligado ao cuidado em saúde, mas a um espaço de abrigar pessoas. Depois que os hospitais se tornaram locais de saúde e cuidados médicos, outras instituições precisaram surgir, como os orfanatos, reformatórios, escolas normais e centros de reabilitação, para dar conta do excedente populacional das cidades.

Os hospitais psiquiátricos ou manicômios surgiram no início do século XIX com a separação do saber da psiquiatria dos demais saberes médicos. Philippe Pinel foi conhecido como fundador da psiquiatria com a publicação do primeiro manual que descreveu a loucura/anormalidade, o Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental ou a Mania, publicado em 1801.⁹ O manicômio enquanto instrumento do saber psiquiátrico surgiu com a função de isolar dos demais problemas de saúde para chegar à cura, mas também teve a função de tutelar as pessoas tidas como perigosas e irresponsáveis, tendo em vista que não se adequavam às leis e códigos que a sociedade de classes impunha.¹⁰

Muitas eram as pessoas que foram para os manicômios, tais como "Loucos, criminosos, alcólatras, revolucionários e artistas ficaram sob suspeita de sofrerem distúrbios mentais degenerativos."^{10:24}. Além da busca pela cura de uma enfermidade, havia a noção de que essas pessoas eram perigosas, além de ser atribuído um aspecto internalista e sem perspectiva de melhora, ou seja, a doença mental foi se tornando um quadro grave e crônico. Toda a justificativa e o ideário em volta da loucura foi se estabelecendo para que as pessoas fossem mantidas em isolamento e sob os cuidados do saber da psiquiatria.

Fanon (2020)⁵, psiquiatra francês que trabalhou em Blida Joinville, na Argélia, pôde verificar tanto a dominação de classe e da colonização para as quais a estrutura do manicômio servia. Em seus manuscritos psiquiátricos, percebeu que a normalidade estava atrelada a não trazer problemas para o grupo social, então, os que não trabalhavam, os que reivindicavam ou provocavam conflitos sociais, englobavam um grupo de pessoas passíveis de serem

controladas e tidas como anormais, atribuindo diagnósticos e, por consequência, passíveis de serem isoladas.

A sociedade não só define o que é normal e anormal, mas também a forma como o anormal é cuidado. A psiquiatria, bem como as especialidades psís e mesmo outras ciências da saúde tem um lugar nesta sociedade de definir a normalidade, isolar a pessoa e de tornar aquela pessoa um indivíduo perigoso para o convívio social. “A sociedade exige do psiquiatra que torne o enfermo novamente apto a integrar a sociedade. O psiquiatra é o auxiliar da polícia, o protetor da sociedade [...]. O grupo social decide se proteger e tranca o doente”^{5:271}

Neste mesmo sentido, Godip (1977), p. 114/115, citado por Costa (2023), afirma:

A loucura existe, não é uma doença individual que se pode ‘tratar’, mas sim o fruto (passa-se o mesmo para todos os fenômenos que considerarmos como ‘desvios’) de contradições internas da sociedade capitalista atual onde as necessidades mais vitais não são satisfeitas. Em vez de gozar o seu potencial e de viver, o homem está condenado a uma alienação constante.^{11:202}

Nesta mesma direção, o Coletivo Socialista de Pacientes, que teve atuação dentro da Clínica Psiquiátrica da Universidade de Heidelberg entre 1970 e 1971, compreendia que o sistema de saúde no contexto capitalista tem a função de “[...] manutenção e elevação do nível de explorabilidade da mercadoria força de trabalho”^{12:89}, bem como garantir que haja a mais-valia das indústrias ligadas a saúde: farmacêutica e técnico-operacional. Dessa forma, nesta organização de sociedade, quem define o que é saudável ou doente é o capital¹².

A relação entre maior pobreza, maiores taxas de roubo e maiores taxas de suicídio, foi percebida por Engels quando analisou a situação da classe trabalhadora, também apontando para o caráter social da saúde mental.

A miséria só permite ao operário escolher entre deixar-se morrer lentamente de fome, suicidar-se ou obter aquilo de que necessita onde encontrar – em outras palavras, roubar. Não espanta o fato de a maioria preferir o furto ao suicídio ou à morte por fome. Sem dúvida, há entre os operários muitos indivíduos suficientemente moralistas para, mesmo na extrema privação, não roubar; esses morrem de fome ou se suicidam. O suicídio, que no passado foi um invejável

privilégio das classes altas, está atualmente na moda na Inglaterra até entre os proletários e muitos pobres diabos se matam na única alternativa que lhes resta para escapar à miséria. ^{13:155}



Aliado a uma perspectiva crítica, que olha para uma totalidade social que é diversa, falar em saúde mental é refletir sobre os processos dessa totalidade material. Os níveis de saúde mental de uma determinada população em um dado tempo, podem expressar a síntese de muitas determinações da realidade concreta¹⁴. Nesse sentido, o que é considerado normal “[...] diz do fazimento desse ser numa realidade concreta; um ser que se faz na relação com o mundo, com a sociedade e que, nisso, os produz”^{15:69}. Sujeito e contexto social estão em uma constante relação dialética onde um transforma o outro. O que leva à compreensão de que tratar saúde mental é também tratar o contexto social.

Matín-Baró¹⁶, sob uma perspectiva materialista, debateu que a saúde mental deve ser situada em seu momento histórico, propondo uma inversão de seu entendimento, não sendo compreendida de dentro para fora, mas de fora para dentro. Para o autor, saúde mental é a “[...] materialização, na pessoa ou no grupo, do caráter humanizador ou alienante de uma estrutura de relações históricas”^{16:221}.

Netto¹⁷ retrata a atualidade do capitalismo como um contexto que é marcado por uma crise sistêmica do capital, com profundas transformações societárias que atingem a totalidade da vida social, decorrentes do processo de acumulação desenfreada, do desmonte cada vez mais acentuado do Estado e das políticas públicas, onde o capital financeiro tem liberdade para expandir. A acumulação do capital e da riqueza nunca parou e, na mesma proporção, na outra ponta, crescem as classes mais baixas, a pobreza, o desemprego estrutural e a informalidade de grupos e populações marginalizadas.

A problemática da saúde mental segue em crescimento também. Segundo a Organização Mundial de Saúde¹⁸, somente no ano de 2020, houve um aumento de 28% de transtornos depressivos e 26% em transtornos de ansiedade. Em publicação sobre o panorama da Saúde Mental no Brasil, do Instituto Cactus¹⁹, no 1º semestre de 2024, 70% dos respondentes apontaram se sentirem cansados ou com pouca energia; mais de 50% dos

respondentes apontaram alterações de sono e de apetite; também, mais de 50% responderam ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas e possuírem sentimentos de “para baixo”, deprimido e/ou sem perspectiva.

A pandemia de saúde mental, como trazida em notícias¹, bem como a epidemia de burnout^{II}, são contextuais desse momento histórico de aprofundamento da crise do capital. Por isso, debater saúde mental é tão complexo, não é uma análise somente sobre o aspecto interno do sujeito, é sobre toda a síntese do concreto e expressão da questão social. Falar de causas da loucura é falar de determinações sociais dos defeitos da sociedade.²⁰

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SUAS DETERMINAÇÕES

A PSR é a população que carrega consigo diversos estigmas e preconceitos e tem sido alvo de inúmeras políticas públicas, sejam elas com a tentativa de amenizar sua exclusão e complexidade ou algumas que tem como base, ações autoritárias e higienistas. Neste artigo será utilizada a expressão População em Situação de Rua (PSR), entendendo que é a expressão,

[...] mais apropriada para designar uma situação ou condição social que não resulta apenas de fatores subjetivos vinculados à sociedade e à condição humana, como é comumente considerada, mas é uma situação ou condição social produzida pela sociedade capitalista, no processo de acumulação do capital.^{21:29}

O termo “situação de rua” amplia a discussão não colocando a pessoa como “morador de rua” e nem como “mendigo”. Ninguém é da rua ou da casa e nem todas as pessoas que estão neste contexto praticam a mendicância, não sendo a única forma de conseguir sustento nas ruas.²² A Política Nacional para População em Situação de Rua, instituída pelo decreto nº 7053 de dezembro de 2009, traz em seu Parágrafo único, do artigo 1º, a definição de PSR como:

[...] grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.²³

“Brasil vive uma segunda pandemia, agora na Saúde Mental”:

<https://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental/>

“O Brasil enfrenta uma epidemia de burnout”

<https://www.bbc.com/portuguese/articles/cnk4p78q03vo>

Esta é um marco importante na legislação nacional, fruto da luta coletiva dos vários movimentos sociais da PSR, que passou a ver esse grupo como sujeito de direitos, dado que anteriormente eram alvos apenas de atuações sob uma ótica assistencialista/caridade e higienista²⁴. Não que ainda não sejam alvos dessas ações, mas houve uma inversão da ótica no ponto de vista legal. Inversão semelhante ao que se tenta propor nas políticas de saúde mental que muitas vezes possuem esses mesmos pressupostos.

A PSR é um fenômeno complexo que tem como característica múltiplas determinações²¹ e que está intimamente ligado à estrutura do capital. Para Silva²¹, a PSR é a expressão mais radical da questão social. Há um encontro das pessoas ditas loucas com as pessoas que vivem nas e das ruas no exército industrial de reserva, são as pessoas sobrantes ou que ocupam as funções menos valorizadas neste sistema. Essa população é importante para a manutenção da “[...] oferta e a procura de trabalho e também os salários em sintonia com as necessidades de expansão do capital”^{21:97}

O Ministério da Saúde organizou, nacionalmente, uma publicação técnica em 2012, o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua²⁵, onde enumerou alguns dos riscos aos quais homens, mulheres e crianças estão expostos nas ruas, expondo as várias determinações do processo saúde-doença da PSR. Entre os riscos apontados estão as violências, a alimentação incerta, baixas condições de higiene, privação de sono, privação de afeição e falta de tempo para buscar atendimento em saúde. Essa publicação acaba sendo uma referência por ainda não existir uma política nacional de saúde da PSR. Algumas determinações são importantes para conhecer e garantir o cuidado integral dessa população.

A PSR tem a característica de ser uma população alvo de diversos estigmas como “[...] vagabunda, suja, louca, perigosa e coitada, o que contribui para legitimar a violência contra ela e servir de referência para suas identidades pessoais como pessoas com péssimas condições de vida, visíveis descuidos, odor desagradável”^{26:152}. Esses estigmas justificam as barreiras de acesso, mas também, as violências sofridas por essa população. Como ao louco é negado ser cidadão e poder viver no espaço social²⁷, é negado à PSR o direito de ser um sujeito e de viver.

Um aspecto importante da PSR é que se está falando de uma população das camadas sociais mais pobres. Mesmo que a pobreza não seja exclusiva da PSR, ela traz barreiras de acesso a bens, serviços de saúde, cultura, educação e acessos a direitos básicos. Para Marx,

O capital não tem, por isso, a mínima consideração pela saúde e pela duração da vida do trabalhador, a menos que seja forçado pela sociedade a ter essa consideração. Às queixas sobre degradação física e mental, a morte prematura, a tortura do trabalho, ele responde: deveria esse martírio nos martirizar, ele que aumenta nosso gozo (o lucro)?^{11:57}

A incerteza de renda e emprego faz parte do cotidiano dessa população. Para Santos e Sarreta²⁶ a PSR não deve ser vista apenas como um peso morto para a classe burguesa, sem produtividade, pois há diversas formas de trabalho dentro da superpopulação relativa que são produtivas nesta organização de sociedade. No entanto, é importante afirmar que as condições de trabalho da PSR são instáveis, informais, imprevisíveis e muitas vezes, ela assume atividades estigmatizadas dentro deste contexto.

Além de pobreza e desemprego, a PSR tem como principal característica e importante definição, a inexistência de moradia. Sem moradia, não é possível ter certezas de higiene, sono e alimentação, por exemplo. A falta de moradia traz limitações quanto à procura de um emprego ou estudos e por isso, “A existência de pessoas vivendo em situação de rua é uma das mais cruéis expressões da questão social na atualidade, escancarando as desigualdades sociais que marcam o nosso tempo histórico”^{27:24}. Neste sentido, pensar saúde mental e a situação de rua é falar sobre todo esse conjunto de inúmeras determinações concretas que atravessam os dois fenômenos.

Uma importante característica da PSR brasileira é a de ser composta por uma população majoritariamente negra. Desde a pesquisa nacional de 2008, é identificado um perfil bem estabelecido na PSR brasileira, a de ser composta por maioria do sexo masculino, adulta e negra.^{24,25} No mais recente levantamento de dados, esse mesmo perfil se manteve. “Os dados registrados no referido Cadastro sobre a população em situação de rua no país, em dezembro de 2022, revelam um perfil majoritariamente masculino (87%), adulto (55% têm entre 30 e 49 anos) e de pessoas negras (pardas - 51%; pretas - 17%)”^{1:18}. Esse cenário corrobora com o que Passos²⁷ analisou

sobre a população negra ser a população que compõe a maioria das camadas mais pobres da sociedade brasileira, podendo aqui ser incluída a PSR.

O Brasil foi formado na violência contra os povos originários que habitavam o território nacional e marcado pelo capital mercantil. Além destes, os colonos brancos traficavam pessoas escravizadas de África. As colônias invadidas e violentada e fizeram parte integrante da acumulação de capital.

A descoberta das terras auríferas e argentíferas na América, o extermínio, a escravização e o soterramento da população nativa nas minas, o começo da conquista e saqueio das Índias Orientais, a transformação da África numa reserva para a caça comercial de peles-negras caracterizam a aurora da era da produção capitalista. Esses processos idílicos constituem momentos fundamentais da acumulação primitiva.^{6:998}

Conforme o capital se mundializava e se complexificava, após a fase de exploração da acumulação primitiva, as leis sobre a escravização foram mudando. A partir do século XIX, no Brasil, algumas leis foram surgindo, por exemplo a Lei de Terras que garantiu a venda das propriedades imperiais aos grandes proprietários, aumentando concentração de terra.²⁸ Leis que foram reprimindo o tráfico de pessoas escravizadas ou que deram liberdade às pessoas acima de 60 anos fizeram parte de uma transição para o fim do sistema escravocrata.²⁸ Com a lei áurea, em 1888, a população negra escravizada foi então liberta para vender sua força de trabalho, como um trabalhador típico do capital.

No entanto, o negro iria disputar com o imigrante europeu que chegava ao país com alguns benefícios e facilidades de trabalho. O ex-escravizado foi, assim, jogado para a periferia do exército industrial de reserva, na extrema pobreza e considerado como inferior ao branco.²⁸

A população negra passa a compor a sociedade como pessoas livres podendo, teoricamente, vender sua força de trabalho para quem julgasse necessário em troca de um salário. Entretanto, depois de um longo período de escravidão, de criminalização da cultura, costumes, crenças e idiomas, a inserção dessa população na lógica do trabalho assalariado não oferecia nenhuma igualdade de condições ^{28:10}

Essa população vai para as margens da sociedade, compor o exército industrial de reserva brasileiro e continuar sendo alvo de políticas de criminalização e de violência. Foi nesse mesmo período que o racismo

ganhou contornos científicos e a teoria da degenerescência, da eugenia, foi fundamental para uma divisão da humanidade baseada na raça que influenciou os saberes da criminologia e da psiquiatria²⁷.

Concordando com Silva, Santos e França (2023)²⁹, o fenômeno da PSR brasileira é complexo e passa por alguns aspectos próprios da história brasileira como a inexistência de políticas reparatórias para população negra após o período de escravidão, ação higienista do Estado e a ação repressiva à mendicância que a essa população seria vítima. A PSR, atravessada por toda essa história, foi jogada para as ruas e para territórios marginalizados continuando sofrendo repressões e violências do Estado, entre elas a manicomialização ou institucionalização, mesmo dentro da RAPS.

A RAPS E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

A história da assistência em saúde mental, analisada sob o viés materialista histórico-dialético, situa o tema como parte do modo de produção capitalista. A psiquiatria tornou-se, importante aliada do direito, com o mandato social da sociedade de classes³⁰, retirando os desviantes que não poderiam responder por si e que perturbavam a burguesia e a ordem social¹⁰. Basaglia³⁰ apontou que o lugar que deveria ser de cuidado passou a ser um lugar para esconder o que a sociedade não poderia ver, se constituindo enquanto uma instituição de violência técnica.

A Saúde Mental brasileira teve como referência a experiência italiana do médico Franco Basaglia nos hospitais psiquiátricos de Gorizia e Trieste, com a Psiquiatria Democrática e por isso a Luta Antimanicomial teve um viés de transformação da realidade. Este movimento nasceu da luta dos trabalhadores da saúde mental, junto aos usuários e familiares que estavam descontentes com a maneira como a saúde mental era cuidada, entendendo desde o princípio, que o manicômio era parte constituinte da sociedade de classes. Conforme carta histórica do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, de 1987:

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus

A Luta Antimanicomial iniciada nos anos 1980 culminou na Lei de n. 10.216 de 2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionou o modelo assistencial em saúde mental. Essa lei trouxe, e ainda traz, um reordenamento da política de saúde mental, substituindo a assistência hospitalar e manicomial pelo cuidado no território, tirando o “não ser” do isolamento e dando a ele a possibilidade de uma identidade e de vida. Busca a ruptura com o modelo manicomial, que teve como principal fundamento, o isolamento: o louco era retirado da cidade, do trabalho, da família e de sua vida para ser protegido e para proteger a sociedade³².

Outro marco legal importante é a construção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a Portaria n. 3.088 de dezembro de 2011 que modificou a assistência em saúde mental no SUS, colocando em uma organização de rede.

A partir de 2010 o modelo de organização do SUS passou a ter como principal referência as Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo fundamentado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde. Este modelo vem sendo utilizado em países em processo de transição demográfica e epidemiológica onde predominam condições e agravos crônicos, vem sendo apresentado como alternativa à fragmentação dos sistemas de saúde e indica a centralidade da atenção primária nas redes^{33:4770}

O artigo 1º da portaria dispõe que a finalidade da RAPS, “[...] é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”³⁴. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é a principal referência de serviço no cuidado à saúde mental no SUS. Conforme Amarante e Nunes, a RAPS

[...] possibilitou uma nova dimensão ao conjunto das ações em saúde mental no SUS, cujos objetivos principais foram definidos como a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promoção do acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da

articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.³⁵



Dessa maneira, a RAPS é constituída por toda a rede de saúde, nos seus diferentes níveis de atenção: Unidades Básicas de Saúde, Consultório na Rua, Centros de Convivência, os CAPS, Urgências e Emergências, serviços de atenção residencial, de atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. A saúde mental passou a ser responsabilidade de toda a atenção à saúde.

Apesar das mudanças na política e nos equipamentos, há algumas críticas que apontam sobre não ter ocorrido uma devida mudança no paradigma do cuidado. Mesmo que o processo de Reforma Psiquiátrica não deva ser restrito a uma reforma de serviços e de tecnologias de cuidado³⁵, ainda existem limites na transformação em como a loucura é vista nesta sociedade, pois se fala em uma sociedade que tem, na sua origem, a exclusão e divisão das pessoas. Para Amarante (2015)⁹, é necessário superar a noção de reestruturação dos serviços e é preciso olhar para a saúde mental enquanto processo social complexo que demanda mudanças não apenas estruturais, mas na dimensão teórico-conceitual que engloba os aspectos ideológicos levados em conta no momento da elaboração de políticas e intervenções. Esse aspecto diz respeito a maneira como a saúde mental é vista e é entendida no seu contexto social.

Para Fanon³⁶, as primeiras teorias sobre a loucura/saúde mental abordavam o fenômeno sob o prisma somente da biologia, eram as teorias filogenéticas. A partir do século XIX, com o advento da psicanálise, as explicações passaram a enfatizar o aspecto individual dessas condições, o que marcou o surgimento das explicações ontogenéticas. Essas duas formas se constituem em explicações do interno para o externo. O que o autor defendia era a necessidade de explicações sociogenéticas sobre o fenômeno, pois no seu contexto de trabalho as explicações existentes eram insuficientes por não levarem em conta outras culturas e determinações, pelas quais os sujeitos são atravessados. Ele apontou para importância do caráter social da saúde mental.

Além da dimensão teórica-conceitual, se faz necessária uma transformação na dimensão técnico-assistencial⁹. O aparato manicomial surgiu com uma função de curar uma doença e não de promoção de saúde enquanto possibilidade de vivência, vida. Basaglia colocou que é preciso ocupar-se do sujeito e deixar a doença entre parênteses³⁰ pois ao se falar de saúde mental, ainda se fala somente da doença. Para o SPK (2024)¹², os dois conceitos não são o contrário um do outro pois respondem a um conceito burguês e da sociedade capitalista de saúde.

A dimensão jurídico-política⁹ também precisa ser transformada, pois quando se fala do sujeito louco livre, há uma radicalidade que pressupõe que ele responde por si e tem direito de viver em comunidade, trabalhando e tendo afeto como qualquer outra pessoa. E, por fim, a dimensão sociocultural⁹ é a que embasa todas as outras. O louco aparece como um elemento estranho, é anárquico na sociedade^{5,14}, é uma anomalia e por isso, é rejeitado e segregado. Ao inverter essa lógica, o louco é da sociedade, o louco é liberto para viver todos os atravessamentos da estrutura social. O indivíduo se produz e é produzido nessa sociedade, invertendo a lógica de uma terapêutica da doença mental para uma terapêutica do mundo¹⁵.

Fanon (2008)³⁶ analisou a intersecção entre loucura, racismo e violência colonial. Ele trouxe que foi preciso animalizar, coisificar as pessoas que viviam nas colônias, colocando-as como parte da natureza local para forçá-las a trabalhar para o colonizador. Foi preciso classificar as pessoas sobre um prisma racial, onde a lente era a do branco-colonizador, onde aquelas divergentes desse modelo, eram jogadas na “zona do não-ser”^{36,27}, alienando os sujeitos colonizados de si mesmo. Nesse sentido, as quatro dimensões versam em volta de transformar todos os que carregam o “não-ser”, nesta sociedade, em seres, em humanos.

Os serviços da assistência em saúde mental brasileiros mudaram, mas permanece um contexto social maior que não foi modificado, o do capital. Formações e processos de trabalho que envolvem a assistência em saúde ainda respondem a uma lógica de mercado, de acumulação e de divisão de classes. Os próprios trabalhadores podem ser reprodutores de práticas manicomiais dado que são sujeitos atravessados por esta sociedade que constrói conhecimento e ciência para se justificar e se manter. “[...] para os

proprietários do capital, a ciência é um meio de produção do qual querem dispor e continuar dispondo.”^{12:40}

Basaglia fez essa crítica quando disse que os psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e administradores acabam por reproduzir violências que são de ordem social, justificadas nos seus saberes técnicos, “[..] atenuando os atritos, dobrando as resistências, resolvendo os conflitos provocados por suas instituições, limitam-se a consentir, com sua ação técnica aparentemente reparadora e não-violenta, que se perpetue a violência global.”^{30:102}. A ciência e as práticas dos trabalhadores estão em constante relação dialética entre uma lógica da liberdade e uma lógica da exclusão, própria do modo de produção capitalista. O desafio se faz, então, em como oferecer uma assistência humanizada e menos alienada dentro de um sistema que coisifica e aliena as pessoas e as suas relações¹⁰.

A PSR constitui um público que, em tese, deve acessar a RAPS e que a desafia. Conforme Wijk e Mângia,

[...] os serviços de saúde limitam o acesso, restringem o acolhimento e não respondem às necessidades dessa população, o que leva ao abandono dos acompanhamentos. Tal situação é agravada quando as pessoas em situação de rua apresentam transtornos mentais e estudos destacam limitações das Políticas Públicas voltadas para esse grupo.^{37:3358}

A PSR é a expressão mais radical da questão social, tem nela muitos dos preconceitos e estigmas dos usuários de saúde mental que, historicamente, foram isolados de suas famílias, do convívio em sociedade, restringidos de acessar cultura e a cidade²⁶. É vista como objeto, um bicho ou um lixo^{III}, ocupam lugares de incapacidade, imoralidade e inutilidade e chegam na política de saúde com essa máscara ideológica. “Pessoas em situação de rua tendem a não se reconhecer como detentoras de direitos e apresentam agravos à saúde física e mental mais significativos do que a população em geral”^{37:3358}.

Entre os desafios encontrados pela PSR ao direito à saúde, estão as dificuldades no acesso aos serviços, havendo “[...] barreiras estruturais similares nos diversos pontos da rede de atenção à saúde, como a exigência de documentação, endereço, entre outros.”³⁸. Essa barreira é histórica e ainda atual, inclusive sendo apontada em levantamento de dados e

^{III}Menção ao poema “Não somos lixo” de Carlos Eduardo Ramos (Morador das Ruas de Salvador), presente no material “Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano”, do Ministério da Saúde, 2014.

diagnóstico recente¹ como um obstáculo da PSR no cuidado em saúde. Há, também, uma dificuldade no acesso aos serviços e na continuidade das intervenções, bastante relacionados aos estigmas e discriminações que a PSR sofre nos serviços.

[...] a caracterização da PSR na literatura científica, em prontuários médicos, nas representações midiáticas e no senso comum perpassa por um conjunto de simbolismos sociais altamente estigmatizantes— extrema pobreza, desemprego, Tuberculose, Aids, doenças psiquiátricas, uso de drogas, “cracudo”, pessoa violenta – o que implica em dificuldades de reintegração familiares e sociais^{20:152}.

Em contrapartida, é uma população vulnerável a exposição à diversas violências, insegurança alimentar, baixas condições de higiene, privação de sono, desidratação, variações climáticas que podem levar a problemas de saúde, baixa autoestima, vergonha^{24,25} e vários outros fatores que agravam as condições de saúde. Ao ser considerado um cuidado em liberdade, a PSR demanda ações específicas em saúde e um olhar para “fora”, para as determinações da saúde. Andrade et al³⁸ afirmaram que essa população acessa os serviços de saúde somente quando o estado é grave, procurando os atendimentos em emergências e hospitais, o que reforça as barreiras estruturais encontradas.

Desde 2012, existe uma alternativa de sanar e melhorar a resposta às demandas de saúde da PSR, como uma tentativa de respeitar o princípio da equidade do SUS.

O Consultório na Rua (CnaR) é um equipamento itinerante de saúde que integra a Rede de Atenção Básica e desenvolve ações de atenção psicossocial, devendo seguir os fundamentos e as diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Atenção Básica. Por isso, trabalha em parceria com as unidades básicas de saúde e com os Centros de Atenção Psicossocial, priorizando que a assistência e o cuidado sejam realizados no próprio território de rua^{39:1498}.

O Consultório na Rua tem origem no chamado Consultório de Rua, equipes itinerantes da década de 1990, a partir da experiência do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia, idealizado pelo Doutor Antônio Nery Filho. Naquele momento, as equipes trabalhavam numa perspectiva de redução de danos e atenção à saúde mental, principalmente focado no uso de substâncias psicoativas⁴⁰, em que se fazia frente a uma lógica do tratamento do uso de substâncias psicoativas

apenas pela internação e pelo proibicionismo. A proposta era e, ainda é, cuidar no território da rua, respeitando a liberdade, tal como previsto na RAPS.

A PSR é uma população que desafia a RAPS, pois é a população que compõe o exército industrial de reserva e que está nas camadas mais preteridas da sociedade de classes. No entanto, ela chega na política de saúde mental carregada de diversas roupagens sociais, estigmas, preconceitos, que embasam ações autoritárias, como as internações compulsórias, remoções forçadas e exclusões com a justificativa de defesa da sociedade.²⁶ O mesmo Estado que promove políticas que possuem certa base territorial e na promoção de autonomia também promove serviços autoritários e de base higienista³⁷ e manicomial.

O aparato do manicômio vem sendo utilizado historicamente como uma forma de controle da população excedente do capital, ele é fortalecido com este modo de produção por ser uma das muitas instituições que se ocuparam de retirar a massa de trabalhadores cada vez mais pobre das cidades. O manicômio representa uma forma de sociedade que ainda está vigente, por isso, os grandes hospitais podem ser fechados, mas o manicômio se atualiza cotidianamente, como por exemplo, nas formações de saúde que estudam o sintoma e não o sujeito³⁰ e no fortalecimento das Comunidades Terapêuticas (CTs), como serviços de cuidado voltados ao usuário de álcool e drogas.

A temática das CTs, das internações compulsórias merece um espaço maior dada a complexidade, mas é importante lembrar que a RAPS é para as pessoas “com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas”³⁴, de maneira que o cuidado deve ser reafirmado que é em liberdade. O fortalecimento de instituições como estas na política de álcool e drogas enfatiza um buraco na RAPS que tem sido preenchido pelas novas formas de manicomialização.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua prevê que a PSR demanda ações integradas e intersetoriais de saúde, assistência social, cultura, educação, moradia, trabalho e renda, dentre outros, devido ao reconhecimento da complexidade desse problema social²³. De modo que

não há respostas ou soluções fáceis para problemas complexos que demandam olhar para a totalidade social.

CONCLUSÕES

Há muitos tensionamentos ideológicos e disputas entre as práticas de saúde, sobretudo na SM. Se o SUS é originado a partir de uma noção de saúde ampliada e social, muitas de suas prestações de contas e organização do trabalho são focadas em números e resultados; há políticas contraditórias o tempo todo nesta organização de sociedade. Sendo necessário lembrar que a realidade material em volta do sistema de saúde é formada por um modo de produção excludente e violento, na sua origem.

E para falar de saúde mental e de PSR, dois fenômenos sociais, é preciso refletir sobre toda a organização da sociedade. O trabalho no CnaR traz certa radicalidade antimanicomial, mas é constituído dentro de uma sociedade manicomial que quer segregar, medicalizar e higienizar as ruas e que, contraditoriamente, joga mais e mais pessoas na rua, criando novas políticas públicas voltadas para estas, em um ciclo sem muita resolução.

A noção de saúde e doença são próprias deste sistema capitalista¹² e a PSR é resultado direto desse mesmo sistema, ficando algumas reflexões e indagações sobre em como falar em saúde para uma população negligenciada o tempo todo. É possível promover saúde para populações que são desumanizadas socialmente? Humanizar os não-humanos da sociedade é o principal desafio do cuidado em saúde da PSR.

Se faz importante reafirmar que a loucura/saúde mental, bem como a PSR não são descolados da realidade. “A loucura do presente, no e do capitalismo, expressa que somos humanos em nossa empreitada de nos fazermos humanos, de nos humanizarmos, também manifesta nossa desumanização; se indica que estamos vivos, também aponta que se trata de uma vida mortificada.”^{11:135}. A PSR escancara uma realidade onde há pessoas vivendo em condições de não-humanos expondo as contradições da sociedade. Ela explicita para a humanidade, a sua desumanização. Por isso, atuar na rua também traz certa radicalidade, é trabalhar com e para o ‘não-ser’ dentro desta organização social.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC). População em Situação de Rua: Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília, 2023.
2. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2008. 200p.
3. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? Cad Saude Publica. 1993;9(3):239-62.
4. Costa PHA. Marx e a loucura no/do capitalismo: caráter e determinações sociais da loucura e do campo psi e superação da lógica asilar-manicomial. Em: Costa PHA (org). O Marxismo e a Loucura. 1ª ed. São Paulo: Lavra Palavra; 2023. p. 35-44.
5. Fanon F. Encontro entre a sociedade e a psiquiatria. Em: Fanon F. (Khalifa J, org.). Alienação e liberdade. Escritos psiquiátricos. São Paulo: Ubu; 2020. p. 268-91.
6. Marx K. O Capital: crítica da economia política. Livro 1. São Paulo: Boitempo, edição eletrônica; 2013.
7. Iamamoto MV. A questão social no capitalismo. Em: Temporalis/ABEPSS, ano 2, n. 3, 2001. p. 9-32.
8. Marx K. O crescimento da loucura na Grã-Bretanha. Em: Costa PHA (org). O Marxismo e a Loucura. 1ª ed. São Paulo: Lavra Palavra; 2023. p. 241-8.
9. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 4ª ed. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. 123p.
10. Desviat M. A Reforma Psiquiátrica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. 196p.
11. Costa PHA. Marx e o caráter (ou determinação) social da loucura. Em: Costa PHA (org). O Marxismo e a Loucura. 1ª ed. São Paulo: Lavra Palavra, 2023. P. 47-150.
12. Coletivo Socialista de Pacientes. SPK – Fazer da doença uma arma. 1ª ed. Ubu editora; 2024. 222p.
13. Engels F. A Situação da Classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo: Boitempo; 2010.
14. Marx K. Introdução à contribuição à crítica da economia política Contribuição à crítica da economia política. Em: Marx K. Contribuição à Crítica da Economia Política. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular; 2008. p.237-72.
15. Costa PHA; Mendes KT. Franz Fanon, saúde mental e práxis antimanicomial. Soc Debate. 2021;27(1):66-82.
16. Martín-Baró I. Guerra e Saúde Mental. Em: Martín-Baró I. Crítica e Libertação na Psicologia: Estudos Psicossociais. Petrópolis: Editora Vozes, 2017. P. 221-238.
17. Netto JP. Crise do Capital e consequências societárias. Serv Social Soc. 2012; 111:413-29.
18. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary]. Genebra; 2022.

19. Instituto Cactus, AtlasIntel. Panorama da Saúde Mental: ferramenta dinâmica de pesquisa e monitoramento contínuo de saúde mental dos brasileiros. 1º semestre 2024; 2024.
20. Marx K. Sobre o Suicídio. 1ª ed. São Paulo: Boitempo; 2006. 84p.
21. Silva MLL. Trabalho e população em situação de rua no Brasil. 1ª ed. São Paulo: Editora Cortez; 2009.
22. Prates JC, Prates FC, Machado S. População em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciadas por esse segmento. *Temporalis*. 2011;11(22):191-215.
23. Brasil. Decreto 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
26. Brito C, Silva LN. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. *Cien Saude Colet*. 2022;27(1):151-60.
27. Passos RG. Na Mira do Fuzil: A saúde mental das mulheres negras em questão. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 2023. 143p.
26. Santos ETA, Sarreta FO. População em Situação de Rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital. *SER Social*. 2022;25(51):364-84.
27. Prates JC, Nunes RS, Bulla LC. As refrações da questão social expressas nos processos de rualização no Brasil. Em: Nunes NRA, Senna MCM, Cinacchi GB População em Situação de Rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais. 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2022. p. 30-47.
28. Santos ETA, Sarreta FO, Guilherme BCO. A cor das ruas: o racismo e a população em situação de rua no Brasil. *PerCursos*. 2023;24(0304):01-21.
29. Silva MLP, Santos RMS, França RMS. O fenômeno da situação de rua e as desigualdades históricas e socialmente construídas no Brasil. Em: França RMS, Costa TCM, organizadores. População em situação de rua e questão social no Brasil: contribuições ao debate. Teresina: EDUFPI; 2023. p. 19-36.
30. Basaglia F. As instituições de violência. Em: Basaglia F. A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico. 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985. p. 99-133.
31. Manifesto de Bauru (1987). *Rev InSURgência*. 2017;3(2):537-8.
32. Amarante P, Torre EHG. “De volta à cidade, sr. cidadão!” — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. *Rev Adm Publica*. 2018;52(6):1090-107.
33. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Silva GR, Bragagnolo LM, et al. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Cien Saude Colet*. 2021;26(10):4769-82.

34. Brasil Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
35. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):2067-74.
36. Fanon F. *Pele Negra, Máscaras Brancas*. Salvador: EDUFBA; 2008.
37. Van Wijk LB, Mangia EF. Atenção Psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2019;24(9):3357-68.
38. Andrade R, Costa AAS, Sousa ET, Rocon PC. O acesso aos serviços de saúde pela População em Situação de Rua: uma revisão integrativa. *Saude Debate*, 2022;46(132):227-39.
39. Hallais JAS, Barros NF. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad Saude Publica*. 2015;31(7):1497-504.
40. Santos ETA, Sarreta FOA. Saúde da população em situação de rua: a atuação do consultório na rua no contexto da pandemia. Em: *Anais do 17º Congresso Paulista de Saúde Pública*. 2021.