
DESAFIOS NO RECONHECIMENTO DE UMA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL PARA A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Challenges in the recognition of a Public Mental Health policy for Homeless People

Rayoni Ralfh Silva Pereira Salgado¹

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar um resumo das principais conquistas históricas no campo da saúde pública com ênfase à saúde mental e a legislação envolvida, refletindo sobre os desafios em incluir a População em Situação de Rua nas ações e serviços dessa política pública. Tal resumo dos marcos históricos e legais é resultado de uma pesquisa de mestrado mais ampla realizado com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do município de Limeira-SP. O presente trabalho discorre sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, a inserção desse grupo vulnerável na agenda pública e finaliza refletindo sobre os desafios e propostas para o reconhecimento de uma política pública de saúde mental para pessoas que vivem em condição de rua, bem como, sugere a criação de Comitês Intersetoriais de Acompanhamento e Monitoramento e outros espaços de discussão permanente, com vistas à elaboração de Políticas Estaduais e Municipais para a População em Situação de Rua, ancoradas nas orientações da Política Nacional.

Palavras-chave: População em Situação de Rua, Saúde Mental, Intersetorialidade, Políticas Públicas.

ABSTRACT

This article aims to present the main historical achievements in the field of public health with emphasis on mental health, reflecting on the challenges of including Homeless People in the actions and services of this public policy. This summary of historical and legal landmarks is the result of a broader master's research carried out with professionals from the Psychosocial Care Network in the city of Limeira-SP. The present study deals with the Brazilian Psychiatric Reform, the insertion of this vulnerable group in the public agenda and ends up reflecting on the challenges and proposals for

¹ Assistente Social; Docente em Serviço Social; Mestre em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas – FCA/UNICAMP. Instituto Superior de Ciências Aplicadas, Limeira - SP, Telefone: (19) 3404-4700. ray.asocial@hotmail.com.

the recognition of a public mental health policy for people living in street condition, as well as, suggests creation of Intersectorial Support and Monitoring Committees and other spaces for permanent discussion, with the objective of elaborating State and Municipal Policies for the Homeless People, supported in the guidelines of the National Policy.

Keywords: Homeless People, Mental health, Intersectoriality, Public Policy.

INTRODUÇÃO

Desde a antiguidade há a presença de personagens vivendo nas ruas das pequenas e grandes cidades, conhecidos como os ‘loucos de rua’² – pessoas em sofrimento psíquico que transitavam pelos espaços públicos (BRITO, 2006). Essa condição de exclusão social ao perpassar das épocas fora sendo naturalizada. Esses indivíduos ora vistos como [...] “os semideuses, no tempo antigo; os hereges endemoniados na Idade Média, jogados nas galerias da purificação no Renascimento; como passageiros da ‘Nau dos Loucos’³; e recolhidos nos Hospícios, a partir da Idade Moderna” (BRITO, 2006, p. 323), compõem atualmente o cenário das cidades brasileiras e se apresentam como demanda à Política Pública de Saúde Mental.

Destaca-se que, a loucura assume vários sentidos ao longo da história, conforme apontam os estudos de Pessoti (1997). A sociedade e os grupos sociais resistem à diferença, embora está sempre tenha existido em suas relações. Para Pagot (2012, p.184), “a dificuldade em conviver com o diferente e o fato de essa diversidade ser percebida como perigosa, já era um tema presente nas cidades medievais e nas relações que se estabeleciam com o estrangeiro”.

² Esse termo reporta ao estado psíquico dos indivíduos, bem como, seus comportamentos e formas de reconhecimento e construção de conceitos socialmente atribuídos. Pagot (2012, p.125) faz uma separação conceitual entre o ‘louco’ e o doente mental. O primeiro vivencia a doença mental por longos períodos e não usufrui de qualquer tipo de atendimento, já o segundo, ainda que portador dos mesmos transtornos, realiza tratamento psiquiátrico somado a outras especialidades.

³ Expressão utilizada por Foucault (1995, p. 13). Durante a Renascença havia embarcações que levavam os ‘loucos’ para longe de suas cidades, pois acreditavam que assim, sairiam em busca de sua razão. Entretanto, ao chegarem a outras cidades, eram enxotados pelos moradores. Alguns locais eram construídos para os ‘loucos’ residentes das cidades de origem, e nestes locais, só estes permaneciam.

A cultura é um fator variável para a loucura, conforme discorre Foucault (1995). Para o autor a “doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal” (p. 85). Ou seja, assim como os costumes, rituais e tradições das diferentes épocas e culturas, os aspectos da loucura apresentam-se em ciclos históricos distintos, conforme a compreensão que adquirem.

Para Aranha e Martins (1993) o conceito de loucura é construído e varia de sociedade para sociedade. Araújo e Brito (2004/2005) destacam a posição do Estado ocidental em relação à loucura, tornando-a [...] “um problema de polícia, ligada à ordem dos indivíduos na cidade. Vagantes, sem trabalho, andarilhos sem rumo, pobres e loucos passam, indistintamente, a ser percebidos como perturbadores da ordem estabelecida” (2004/2005, p. 94).

Alguns autores apontam que o fenômeno da População em Situação de Rua (PSR), embora esteja presente ao longo da história da humanidade, intensifica-se nas sociedades pré-industriais da Europa e estendem-se até os dias atuais (SILVA, 2009; ALBUQUERQUE, 2009; COSTA, 2005).

Concomitantemente, no início do desenvolvimento industrial os espaços de internação serviam como depósito de mão-de-obra barata e os “loucos”, uma vez que se mostravam improdutivos, ganhavam uma “bizarra” liberdade nas ruas das cidades, escapando ao “destino funesto da expatriação, do cárcere ou da internação sumária”. Conseguiram, através desse ato, escaparem do confinamento “da mesma forma que eram refratários e resistentes à internação” (ARAÚJO; BRITO, 2005, p. 94).

Com o advento e expansão do sistema capitalista, esses indivíduos passaram a compor o cenário das cidades no processo de urbanização, caracterizando-se como uma população sobrando, não absorvida pela indústria e tratada, historicamente, por práticas de mendicância, vadiagem ou indigência (PAIVA; *et al.*, 2016). Nesse sentido, a presença de pessoas utilizando a rua como espaço de moradia e sobrevivência não se configura um atributo da sociedade atual, mas representa a proliferação da pobreza e das desigualdades sociais decorrentes do sistema econômico vigente (ALBUQUERQUE, 2009).

Embora a PSR tenha permanecida invisível por séculos e sem notoriedade por parte da sociedade e do Estado, nas últimas décadas, decorrente das lutas de vários movimentos

sociais, esse grupo populacional tem se inserido nas agendas das políticas sociais, em especial no campo da Saúde Pública e vem exigindo, drasticamente, a mudança de paradigmas e formas de intervenção às demandas que emergem no cotidiano. Todavia, as forças sociais e projetos societários em “combate” tendem a não garantir a materialização de direitos conquistados historicamente.

Desta forma, o presente artigo tem por objetivo apresentar as principais conquistas históricas no campo da saúde pública com ênfase à saúde mental, refletindo sobre os desafios em incluir a População em Situação de Rua nas ações e serviços dessa política pública.

CONQUISTAS HISTÓRICAS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

No Brasil, o fim dos anos 70 foi decisivo para as mudanças que estavam por vir no campo da ampliação dos direitos humanos, de cidadania e das conquistas em âmbito da participação política. As organizações civis de diferentes setores se organizaram e reivindicaram o acesso da população a direitos e políticas sociais, políticas que, nas palavras de Silva (2009), são “condicionadas às lutas de classes e devem ter por horizonte a redução das desigualdades sociais, em busca de igualdade de condições” (p. 174).

Influenciada pelo contexto de lutas internacionais⁴, a Reforma Psiquiátrica⁵ brasileira emerge com uma forte crítica ao modelo asilar que predominava no país até então (BRASIL, 2005). O movimento tem buscado uma profunda mudança nas políticas e nos saberes do campo da saúde mental nos principais países do mundo. No caso brasileiro, em plena ditadura militar, o caráter do movimento social fora incorporado às lutas pela redemocratização, contra as violações dos direitos humanos e pela conquista de políticas

⁴ O sistema psiquiátrico italiano iniciou sua reforma no ano de 1978 e o fim dos manicômios, inserido na legislação do país, fora uma conquista de Franco Basaglia, não admitindo internamentos desde o ano de 1981 (CHERUBINNI, 2006).

⁵ Reforma Psiquiátrica significa, em um primeiro nível, substituir a assistência centrada em instituições totais, fechadas e em procedimentos involuntários, muitas delas promovendo internações de médio e longo prazo, marcadas por violações regulares dos direitos humanos mais fundamentais, e muitas vezes similares a campos de concentração (BARROS, 1994; ARBEX, 2013 *apud* VASCONCELOS, 2016, p. 37).

universais, também incorporadas à Reforma Sanitária no mesmo período (VASCONCELOS, 2016).

A primeira fase da Reforma Psiquiátrica brasileira foi demarcada pelas denúncias decorrentes do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (1978) que buscavam “além da necessidade de qualificação da assistência psiquiátrica, uma dimensão maior em seu discurso, representada pela transformação das relações sociais e a revisão das formas de segregação presentes na sociedade” (FURTADO; CAMPOS, 2005, p. 110).

Neste contexto, houve a I Conferência Nacional de Saúde Mental em 1987 que traz a emergência de um Movimento Antimanicomial e apresenta as primeiras experiências e estratégias que inspiraram os serviços do tipo CAPS e NAPS⁶ (VANCONCELOS, 2016). Esses serviços demarcam a criação de uma rede pública de cuidados àqueles em sofrimentos mentais no país e representam um importante avanço no campo da Reforma Psiquiátrica.

O campo da saúde mental, a partir dos movimentos ocorridos entre os anos 70 e 80, identificou-se com outros modelos assistenciais, para além do clínico e do custodial nos Hospitais Psiquiátricos. Tal movimento se inseriu na Saúde Pública, descobriu a interdisciplinaridade e propôs reformas e mudanças (VASCONCELOS, 2008).

[...] priorizou o estabelecimento de articulações intersetoriais, a inclusão de familiares e usuários e toda uma sorte de fóruns, associações, manifestações públicas, que em muito contribuíram para que a iniciativa viesse a extrapolar o setor de saúde, contando com a decisiva adesão de outros segmentos da sociedade (FURTADO; CAMPOS, 2005, p. 111).

Furtado e Campos (2005) apontam que a principal bandeira no Movimento da Reforma até meados de 1990 é a superação da situação dos internos e da internação como única resposta à doença e ao doente mental. A luta pela desinstitucionalização é um dos pilares da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Algumas mudanças, em âmbito político e legal, ocorreram no início dos anos 90. A partir da Lei nº. 8.080, de 1990, o Sistema Único de Saúde – SUS efetiva a universalidade

⁶ O primeiro CAPS – Centro de Atenção Psicossocial surgiu em São Paulo/Itapeva (1987) que inspirou posteriormente o CAPS II e em Santos (1989) o NAPS – Núcleo de Apoio Psicossocial, que mais tarde fora normatizado como CAPS III (VASCONCELOS, 2016). As diferentes categorias de CAPS somente foram definidas em 2002, após a publicação da Portaria GM/MS 336. Nesta legislação é adotada apenas a nomenclatura CAPS, distinguindo os serviços dos NAPS, de acordo à complexidade de atenção (BRASIL, 2002b).

no acesso da população brasileira aos serviços de saúde, configurando-se direito de todos os cidadãos e um dever estatal. Além disso, o SUS estabelece como diretriz a equidade, de modo a garantir que o acesso aos serviços contemple as diferenças e desigualdades econômica, social, cultural e de gênero (BORYSOW; FURTADO, 2013).

Em 1991, o SUS, por meio da Portaria nº 189 do Ministério da Saúde, altera o financiamento das ações e serviços no campo da atenção em saúde mental. Essa portaria representou um marco nesse campo, pois possibilitou a incorporação de conhecimentos e valores éticos em substituição ao modelo tradicional. Aprova o financiamento público dos procedimentos NAPS/CAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal no âmbito do SUS (BRASIL, 2002a).

Como forma de reorientar o modelo assistencial anterior,

[...] emerge a atenção comunitária, tendo os CAPS como carro-chefe do novo modelo de cuidado, considerado equipamento por excelência para organizar a rede assistencial e articular as condições para a reinserção da pessoa com transtorno mental na sociedade (ROSA; CAMPOS, 2013, p. 312).

Vasconcelos (2016) aponta que a segunda fase da Reforma Psiquiátrica brasileira se deu pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 1992, que contou com a participação de diversos setores da sociedade e de usuários e seus familiares. Destaca a mobilização e a conquista de repasses de recursos públicos, destinados aos Hospitais Psiquiátricos para a implantação da rede substitutiva de serviços, inspirados no modelo de desinstitucionalização proposto na Itália. Para Furtado e Campos (2005) “não basta fechar o manicômio, é preciso haver pessoas e equipamentos sociais e de saúde para acolher e acompanhar os egressos de longas internações, bem como, os novos pacientes na comunidade” (p. 111).

Desta forma, a Portaria nº 224 do Ministério da Saúde publicada no ano de 1992 regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental no país, estabelecendo diretrizes e normas que proíbem práticas que antes eram habituais (BRASIL, 2002a). Essa Portaria, somada a outras diversas portarias e leis (em âmbito Federal, Estadual e Municipal), contribuíram para a transformação e o comprometimento com o

alicerce de uma nova cultura assistencial, considerando os diferentes momentos e contextos em que foram promulgadas (FIOCRUZ, 2015).

A terceira fase da Reforma no Brasil ocorre a partir da realização da III Conferência Nacional em 2001 e na aprovação do projeto de Lei nº. 10.216⁷ de Saúde Mental que, após sancionada enquanto lei, culminou, nos anos seguintes, no crescimento e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, além da expansão da agenda política para outras áreas – criança e adolescente, álcool e drogas, Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT e Programa de Volta para Casa – PVC⁸.

Vasconcelos (2016, p. 40) elenca também como constituintes dessa fase, a IV Conferência Nacional em 2010 e a “gradual institucionalização das práticas e serviços de atenção psicossocial e dos próprios movimentos de Reforma Psiquiátrica e antimanicomial”.

[...] O sucesso da Reforma reside na percepção da necessidade da construção de um amplo espectro de cuidados para sustentar a existência de pessoas/usuários/pacientes que, sem isso, estariam condenados a perambular pelas ruas abandonados, ou a vegetar em manicômios em longas internações. Foram criados serviços capazes de ser uma referência institucional permanente de cuidados (os CAPS), serviços residenciais terapêuticos e outros serviços ambulatoriais de referência (PITTA, 2011, p. 4588).

O novo modelo assistencial em saúde mental no Brasil tem sido implementado por uma rede de serviços descentralizados e territorializados, sendo as Unidades Básicas de Saúde – UBS a “porta de entrada” preferencial no atendimento aos pacientes com transtornos mentais (TM) e em situação de rua (BRASIL, 2003b; BRASIL, 2007).

O acolhimento e o tratamento às pessoas em sofrimento mental, conforme essa nova orientação, devem ser ofertados pelos CAPS, sendo: para tratamento do uso abusivo

⁷ Também conhecida como “Lei Paulo Delgado”.

⁸ O PVC foi regulamentado pela lei Nº 10.708/2003 e consiste no pagamento do auxílio reabilitação psicossocial e tem por objetivo a inserção social dos portadores de transtornos mentais, incentivando uma rede ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados. Para o Ministério da Saúde, o processo de desinstitucionalização se dá através do tripé formado pelo PVC, junto ao Programa de Redução de Leitos Hospitalares de Longa Permanência e os Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT (BRASIL, 2008c).

de álcool e outras drogas – CAPS-AD⁹, para atendimento infantil – CAPSi, pelos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT¹⁰ e pelos Centros de Convivência (BRASIL, 2001). Os consideráveis avanços no campo da saúde mental nas últimas décadas no Brasil têm se materializado através do Movimento da Luta Antimanicomial.

É inegável esse processo de conquistas na saúde pública, porém, segundo Vasconcelos (2016, p. 41), uma “possível” quarta fase da reforma psiquiátrica brasileira representa os “desafios crescentes e retrocessos gerados pela crise progressiva induzida pelas políticas neoliberais e pela recessão econômica mundial do final da década e pelo desinvestimento nas políticas sociais em geral e particularmente no SUS”.

O autor aponta o despreparo da Rede de Atenção Psicossocial para implementar uma assistência eficaz de cuidados no campo do consumo do *crack*, abrindo espaço para ações e políticas de limpeza urbana, com internações forçadas – via judicialização – e a proliferação de comunidades terapêuticas com um tratamento moral sobre essa problemática (VASCONCELOS, 2016).

Embora a estratégia de redução de danos, da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas¹¹, lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a), represente uma nova forma de olhar para o cuidado em relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, as tentativas de retrocessos a essa política se apresentam como um termômetro, para a atenção aos iminentes riscos e aos rumos que as políticas públicas, em especial no campo da saúde mental, têm sofrido atualmente.

Tais informações são relevantes na compreensão da organização dos serviços de saúde mental para o atendimento à PSR com transtornos mentais. Como visto, embora o Movimento de Luta Antimanicomial tenha resultado em significativas conquistas no Brasil,

⁹ Esse serviço propõe, para além do tratamento decorrente do uso de drogas, o desenvolvimento de ações de reinserção familiar, social e comunitária (BRASIL, 2002b).

¹⁰ Como forma de possibilitar a alta de pacientes para os quais a volta à família tornou-se impossível ou inadequada à reinserção social, foram criados os SRT, oferecendo incentivo ao retorno familiar. A Lei Nº.10.708/03 estabeleceu o pagamento de benefício assistencial mensal temporário através do PVC. Ressalta-se que “esses serviços são restritos a egressos de longas internações psiquiátricas e não são previstos para PSR” (FURTADO *et al.*, 2010; FURTADO, 2006 *apud* BORYSOW; FURTADO, 2013, p. 34).

¹¹ A redução de danos é uma estratégia desenvolvida para pessoas que não desejam ou não conseguem diminuir/cessar o uso de drogas, bem como para os demais usuários com dificuldade para acessar serviços de saúde ou aderir ao cuidado integral à saúde (BRASIL, 2012, p.44).

vários são os retrocessos que recorrem a práticas anteriores, de negação de direitos e manicomização das pessoas com transtornos mentais. Em relação à PSR há um risco ainda maior, considerando que algumas políticas e serviços no campo da saúde somente foram reconhecidos e implantados recentemente e, ainda é prematuro e frágil o olhar que se tem para esse grupo populacional na agenda pública.

Os estigmas e intenções segregacionistas que se têm sobre esse público ainda representam um desafio para o avanço no campo dos direitos humanos, porém, decorrente das lutas de movimentos da sociedade civil, vários avanços ocorreram no país para a PSR, com destaques àqueles percebidos no campo da saúde mental, conforme será abordado adiante.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA AGENDA PÚBLICA

Nos anos 80, em decorrência do agravamento das questões sociais e as altas taxas de desemprego, acentuaram-se as demandas por acesso à saúde, educação, assistência social, trabalho e renda. Houve um considerável aumento nessa época de PSR¹², fruto de uma massa de trabalhadores não absorvidos pela produção capitalista, além de outros grupos que migraram para os grandes centros urbanos – pessoas com escolaridade insuficiente e sem qualificação profissional. Estando estes à margem do desenvolvimento e acesso aos bens e serviços, passaram a utilizar as ruas das cidades como espaço de moradia e sustento (ROSA, 2005; SILVA, 2009; BRASIL, 2011).

As pastorais de rua que prestavam apoio à PSR contribuíram para a inserção dessa população nas pautas políticas e nos espaços públicos, organizando-se e reivindicando melhores condições de vida a esses indivíduos que viviam por meio de ações de caráter assistencialista e repressor (ROSA, 2005; BRASIL, 2011).

No campo das conquistas dos direitos e das políticas sociais, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, houve o reconhecimento de igualdade a todos os cidadãos,

¹² Inicialmente chamados de sofredores de rua pela Pastoral de Rua da Igreja Católica, passaram a ser caracterizados como população de rua ou moradores de rua pela rede de assistência nos anos 1990 (BORYSOW; FURTADO, 2014, p.1070).

sem distinção de qualquer natureza. Entretanto as políticas públicas específicas à PSR ainda deveriam ser implementadas em âmbito nacional.

Vinte e um anos após a Constituinte, o Estado brasileiro reconheceu a heterogeneidade da PSR¹³ e apresentou propostas e objetivos específicos¹⁴ na condução e desenvolvimento de ações e serviços pelo poder público, impressos no Decreto Presidencial Nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009.

No âmbito da atuação direta junto à PSR, há a predominância e centralidade de ações voltadas à política de Assistência Social. Por meio de serviços contínuos¹⁵, o SUAS – Sistema Único de Assistência Social estabeleceu diferentes serviços de Proteção Social Especial de média e alta complexidade como forma de intervenção aos problemas específicos desse grupo populacional (BRASIL, 2009b). Todavia, conforme aponta a Política Nacional para a População em Situação de Rua – PNPR, as responsabilidades para as ações com essa população não devem ser centradas em uma única política pública, pois esse fato corrobora para a segmentação das demandas dos indivíduos e mantém uma cultura clientelista, com dificuldades em superar os conflitos entre as demais áreas.

¹³ 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 (parágrafo único, artigo 1º). Tal definição também é analisada nos estudos de Ferreira (2005). No Brasil, o termo consolidado, inclusive na PNPR expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como “ausência de casa” (BRASIL, 2012, p.22). Outros estudos abordam essa terminologia se referindo à rua para além de espaço de sobrevivência, mas como palco de relações privadas e construção de identidades (MATTOS, 2006; BRASIL, 2008).

¹⁴ Assegurar o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda; garantir a formação e a capacitação permanente de profissionais e gestores para atuação no desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, transversais e intergovernamentais direcionadas às pessoas em situação de rua; desenvolver ações educativas permanentes que contribuam para a formação de cultura de respeito, ética e solidariedade entre a População em Situação de Rua e os demais grupos sociais, de modo a resguardar a observância aos direitos humanos; implantar centros de defesa dos direitos humanos para a População em Situação de Rua; criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e o Sistema Único de Saúde (SUS) para qualificar a oferta de serviços; implementar ações de segurança alimentar e nutricional suficientes para proporcionar acesso permanente à alimentação pela População em Situação de Rua, com qualidade; e disponibilizar programas de qualificação profissional para as pessoas em situação de rua, com o objetivo de propiciar o seu acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2009).

¹⁵ Serviço Especializado em Abordagem Social (p. 22); Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (p. 29); Serviço de Acolhimento Institucional (p. 31) e Serviço de Acolhimento em Repúblicas (p. 38). Esses serviços são ofertados pelo Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua – Centro POP, as Casas de Passagem e Instituições de Acolhimento.

Por outro lado, considerando a evidente demanda de saúde da PSR, depois de publicada a PNP, o Ministério da Saúde constituiu o Comitê Técnico¹⁶ composto por representantes governamentais, organizações não governamentais e pesquisadores, com o objetivo de discutir e propor ações para esse grupo social na área da Saúde (BRASIL, 2014).

Em 2012, foi proposta pelo SUS a estratégia Consultório na Rua – CR¹⁷, vinculada à Atenção Básica, para atender as especificidades desse grupo populacional (BORYSOW; FURTADO, 2014). O CR visa ampliar o acesso da população de rua aos serviços de saúde, ofertando, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde para esse grupo populacional, o qual se encontra em condições de vulnerabilidade e com os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados. Esse serviço representa hoje,

[...] a convergência, sob diferentes modalidades, da experiência com a Redução de Danos e com o PSF¹⁸ Sem Domicílio. A passagem do CR, que estava vinculado à Política Nacional de Saúde Mental até 2012 para a Política Nacional de Atenção Básica, não representa apenas uma mudança de nomenclatura (Consultório “de” para Consultório “na” Rua), mas uma mudança nas diretrizes estratégicas deste dispositivo, atendendo, ainda, à prioridade do Governo do Brasil, de prevenção do consumo e da dependência de crack, álcool e outras drogas. Cabe lembrar a posição contrária à extinção do PSF Sem Domicílio pelo Movimento Nacional da População de Rua, que entende que não é apenas a atenção em relação ao consumo e dependência de crack, álcool e outras drogas que a população em situação de rua necessita (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p. 975-976).

Dados do Ministério da Saúde apontam que, desde março de 2014, havia 114 unidades em funcionamento no país com perspectivas de aumento desse número no mesmo ano (BRASIL, 2014) porém o atendimento à PSR no âmbito da Saúde não é exclusivo

¹⁶ Portaria MS/GM N°. 3.305, de 24 de dezembro de 2009.

¹⁷ Portaria N°. 122, de 25 de janeiro de 2011 e Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. O primeiro CR “surge em 1999, em Salvador, na Bahia. Um projeto-piloto criado em decorrência da problemática de crianças e adolescentes que se encontravam na rua e sob uso problemático de drogas. A experiência foi do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas. Em maio de 2004, um CR foi implantado no primeiro Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento em álcool e outras drogas (CAPS-AD) de Salvador, estruturando o modelo assistencial dessa unidade. Em 2009, o MS propõe que o CR se torne uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento em Álcool e outras Drogas, sendo incluído, em 2010, no Plano Integrado Nacional de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços assistenciais e qualificar o atendimento oferecido às pessoas que usam crack, álcool e outras drogas por intermédio de ações de saúde na rua” (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014, p.975).

¹⁸ Programa Saúde da Família.

dos CR. O serviço tem a prerrogativa de realizar encaminhamentos a outras unidades da rede de atenção e nos municípios onde não existe CR, as Unidades Básicas de Saúde – UBS e Unidades de Pronto Atendimento – UPAs, também representam a porta de entrada aos serviços de saúde (BRASIL, 2012; 2014). Esse serviço configura-se de forma transversal, produzindo atenção à especialidade de saúde mental e desenvolvendo práticas da Atenção Básica (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Tal serviço é relativamente novo no cenário brasileiro e entra em cena diante de um panorama intrincado em termos de assistência à saúde para PSR, com uso problemático de crack, álcool e outras drogas. A desinstitucionalização que ganhou efetividade nos anos 1990 no país enfocando a população segregada em manicômios, pouco aportou sobre os segmentos que não experimentaram a internação manicomial ou portadores de agravos psíquicos sem acesso aos serviços regulares de atenção à saúde mental, sobre quem incide, então, a ação de aparelhagens do Estado, como o judiciário e a polícia. O CR é um dispositivo para além do modelo biomédico, que se distancia da lógica de demanda espontânea e abordagem única voltada à abstinência, caracterizando-se fundamentalmente por oferecer cuidados no próprio espaço da rua, respeitando o contexto sociocultural dessa população (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2009).

Esse dispositivo também é citado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, como uma estratégia caracterizada pela participação ativa de profissionais da saúde junto à PSR sem que seja desrespeitado o seu contexto social. Na prática, esse serviço composto por uma equipe multidisciplinar, procura assegurar a integralidade da assistência atuando sob uma perspectiva interdisciplinar do cuidado em saúde ao indivíduo (BRASIL, 2010). O CR tem como princípios norteadores o respeito às diferenças, à promoção de direitos humanos e inclusão social, o enfrentamento a estigmas, ações em redução de danos e intersetorialidade mediante as ações integrais aos usuários do SUS (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2009).

Outro avanço no campo da atenção em saúde pública foi a publicação do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua¹⁹.

Este documento define as diretrizes e estratégias de orientação ao processo de enfrentamento das problemáticas que envolvem a PSR no âmbito do SUS. Como visto, várias foram as conquistas na última década no campo das políticas públicas para a PSR, em especial a de Saúde, campo que requerer uma atuação intrínseca na produção do cuidado a essa população, porém ainda há um grande desafio quando se transporta a integração intersetorial para o plano operacional, pois,

[...] a junção de diferentes setores do Estado para o enfrentamento de um problema social exige que o objeto seja recriado a partir dessa nova e múltipla perspectiva quando se pretende desenvolver ações integradas. A intersetorialidade exige conexões entre setores e órgãos (governamentais ou não) para solucionar problemas sociais de grande complexidade. Este conceito ganha visibilidade nos anos 1970, a partir dos debates sobre promoção da saúde, que responsabilizou diferentes setores na busca de equidade (BORYSOW; FURTADO, 2014, p. 1070).

Como forma de superar esse desafio,

[...] a intersetorialidade deve-se constituir em uma lógica de gestão de políticas públicas que vise à superação do desenvolvimento de ações trancafiadas em determinado serviço, sem qualquer conexão com outros serviços realizados no âmbito de uma mesma política ou sem articulação com as demais políticas desenvolvidas em um determinado território em que vivem os usuários da política (SERAFINO; LUZ, 2015, p. 77).

Sendo assim, considera-se que as mudanças institucionais e de consciência dos agentes, dos políticos, dos usuários, da comunidade, acontecem paulatinamente no cotidiano, por vezes de maneiras quase que imperceptíveis, porém, acontecem. Os avanços e retrocessos na Política de Saúde Mental brasileira mostram-nos o quanto são delicadas e sutis tais transformações, porém, há movimentos acontecendo, a vida não para e se observarmos bem, veremos uma outra realidade se erguendo diante dos nossos olhos e é nesta realidade que atuamos constantemente.

¹⁹ Resolução Nº. 02, de 27 de fevereiro de 2013. Divide as estratégias em cinco eixos: Inclusão da PSR no escopo das redes de atenção à saúde; Promoção e Vigilância em Saúde; Educação Permanente em Saúde na abordagem da Saúde da PSR; Fortalecimento da Participação e do Controle Social e Monitoramento e avaliação das ações de saúde para a PSR (BRASIL, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fenômenos “loucura” e PSR sempre estiveram presentes nas várias civilizações antigas e estabelecem uma relação histórica muito próxima entre si. No desenvolvimento das sociedades ocidentais, tais fenômenos ora foram compreendidos e aceitos, ora incompreendidos e excluídos do convívio social.

A desinstitucionalização e a implantação de uma rede substitutiva de cuidados aos portadores de transtornos mentais, ainda é algo recente no Brasil, e as sombras do passado ameaçam o presente e o futuro (BISNETO, 2007; VASCONCELOS, 2016). Mesmo em face do Movimento da Reforma Psiquiátrica, não houve, de maneira relevante, uma política de saúde que pensasse sobre o sofrimento ou transtorno psíquico e o acolhimento institucional da PSR, a qual foi e está crescendo de maneira expressiva nas grandes cidades do país nas últimas décadas, sendo também estigmatizada e excluída em suas várias dimensões (LONDERO; CECCIM; BILIBIO, 2014).

Dada a multidimensionalidade do fenômeno da PSR, há de se considerar que esta é uma contundente expressão da questão social (SILVA, 2006; 2009) e ainda reflete socialmente a cultura da exclusão e da segregação presentes na história das sociedades ocidentais, conforme analisado por Foucault (1995).

Os problemas de saúde mental da PSR aparentemente são tratados distantes de uma condição singular do indivíduo, criando um estereótipo desse grupo social, ao qual entaves gerais no cuidado e atenção em saúde, tais como: a falta de moradia, de referência familiar, de escolha e/ou consequência de infortúnios da vida e até como uma realidade aceitável e tratável apenas com a institucionalização. As instituições aqui são entendidas como: a família, os serviços de acolhimento de Assistência Social, os Hospitais e as Clínicas/Comunidades Terapêuticas, dentre outros.

O entendimento que se tem sobre PSR ainda é incipiente no campo das políticas públicas e em especial a de saúde. “Secretarizar”²⁰ e setorializar o atendimento, reafirma um campo de exclusão desse grupo populacional nas ações governamentais, atrofiando a prática intersetorial.

²⁰ Que diz respeito às secretarias e diferentes pastas das políticas públicas.

O grande desafio que se apresenta atualmente aos dispositivos de saúde, visto que em muitos municípios do país não há o Consultório na Rua – CR, está em (re)descobrirem formas de inclusão e promoção do acesso e equidade à PSR com transtornos mentais à rede de atendimento de saúde – atenção básica e demais especialidades (BRASIL, 2012).

Há carências de serviços e recursos humanos em todas as esferas públicas, todavia, tais limitações não devem invisibilizar às demandas, reprimindo-as e escondendo-as embaixo dos pontilhões e viadutos. Devido ao aumento do uso problemático de psicoativos, a PSR vem sendo arduamente taxada como drogada, sendo que as práticas em Saúde Mental, geralmente são voltadas à estabilização de crises e/ou interações pontuais em Clínicas e/ou Comunidades Terapêuticas – serviços que vem sendo reconhecidos paulatinamente pelo Estado como dispositivos de cuidado à saúde mental, recebendo, inclusive, recursos públicos para sua operacionalização.

O Estado Neoliberal está se isentando na oferta de serviços substitutivos de atenção psicossocial, recorrendo a serviços privados ditos “apoiadores” e “parceiros”, porém sob a ótica conservadora, moralizadora e psicologizante da questão social. Os municípios têm se desobrigado de implantarem equipamentos substitutivos e uma Rede de Atenção Psicossocial eficiente, que funcione na perspectiva do cuidado, da clínica ampliada e da reabilitação psicossocial. As ações têm sido pontuais, de contenção de crises e abstinência.

Se não há Serviços Residenciais Terapêuticos que deem conta de toda a demanda de saúde mental da população em geral, que dirá, serviços que acolham PSR que ainda é banalizada e culpabilizada por sua condição. O olhar que se tem sobre a PSR ainda é fragmentando, os discursos de humanização do atendimento não se concretizam na resolutividade das problemáticas. O contingente de indivíduos que sofrem de transtornos psiquiátricos vem aumentando consideravelmente e a atuação do poder público é restrita a “parcelas” mínimas da população.

A intersetorialidade não acontece na prática e as demandas são diluídas em casos específicos – diga-se gritantes. Para Junqueira (2004, p. 26), “a complexidade dos problemas sociais exige vários olhares, diversas maneiras de abordá-los, aglutinando saberes e práticas para o entendimento e a construção integrada de soluções que garantam à população uma vida com qualidade”.

Albuquerque (2009) considera a PSR como resultado de um processo histórico e social e que as mudanças somente ocorrerão, caso haja interesse daquele que se encontra nesta condição e que lhe seja oferecido o suporte necessário para a tomada dessa decisão. Para tanto, os serviços públicos devem oferecer um atendimento adequado, mostrando-se preparados a lidar com as especificidades dessa população e aos gestores, é requisitado disponibilidade e vontade política no investimento e promoção de ações que auxiliem na superação dessa condição social.

Desta forma, considera-se que os poderes legislativo e executivo, estaduais e municipais, devem ser sensibilizados e responsabilizados a criar Comitês Intersetoriais de Acompanhamento e Monitoramento com vistas à elaboração uma Política Estadual e Municipal para a População em Situação de Rua, de acordo aos parâmetros da PNPR (BRASIL, 2009).

Sugere-se a criação de espaços de discussão intersetorial e interdisciplinar nos estados e municípios, tais como: fóruns permanentes; grupos de trabalho; conselhos e comissões de direitos humanos e pesquisas científicas interdisciplinares no âmbito acadêmico. É preciso dar visibilidade a essa população! O Estado e a sociedade civil devem ser provocados a se organizarem coletivamente. A problemática da situação de rua é uma das mais latentes expressões da questão social, devendo ser discutida nesse âmbito na intensa busca por intervenções concretas.

Embora a PSR não esteja totalmente desassistida nos municípios, suas demandas não são vistas integralmente, conforme ponderado nesse estudo. Os serviços da rede pública setorializam suas ações com foco em questões pontuais (medicação; contenção de crises de abstinência; internação; moradia/abrigo; documentação civil, alimentação, etc.). Nessa perspectiva, o atendimento torna-se fragmentado e as demandas não são contempladas em sua complexidade e heterogeneidade, e “uma vez na rua, nenhum aspecto mais daquela vida pode ser abordado individualmente” (BRASIL, 2012, p. 47).

Para a intervenção, são necessárias outras ferramentas de gestão, tais como os indicadores das condições de saúde e saúde mental dessa população. O fato de os censos oficiais não divulgarem esses dados, não significa que a problemática não exista. Portanto, torna-se fundamental olhar para essa questão que permanece camuflada e invisibilizada

socialmente, porém, notada entre aqueles que atendem e acompanham essa população (SILVA, 2005). Sendo assim, defende-se que, são os agentes públicos, privados e sociais que possuem potencial de transformação e visão ampliada, que, unidos a outros agentes engajados na mesma luta, compondo espaços de discussão e construção coletiva, poderão promover o reconhecimento e a materialização de uma política de saúde mental efetiva para PSR no país.

Recebido em março de 2020 – Aprovado em outubro de 2020

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Maria da Cunha. **Loucos nas ruas**: um estudo sobre o atendimento à população de rua adulta em sofrimento psíquico na cidade do Recife 2009, 139 p. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2009.
- ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando**: introdução à Filosofia. 2 ed. São Paulo: Moderna, 1993. p. 29-45.
- ARAÚJO, José Nilton Garcia de; BRITO, Maria Mercedes Merry. Loucos pela rua: escolha ou contingência? **Cronos**, Natal-RN, v. 5/6, n. 1/2, p. 93-101, jan./dez. 2004/2005. Disponível: <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/3235/2625>
- BISNETO, José Augusto. **Serviço Social e Saúde Mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2007.
- BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. **Rev. Esc. Enferm.** USP 2014; 48(6): 1069-76. São Paulo, 2014.
- BORYSOW, Igor da Costa.; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013.
- BRASIL. **Decreto nº 7.053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providencias. Brasília: 2009.
- BRASIL. Governo Federal. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília: 2008a.

BRASIL. **Lei Nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Meta Instituto de Pesquisa de Opinião**. Sumário Executivo.

Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília: MDS, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

II Chamada para Seleção de Projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos (PCR-II). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90**: avanços e limites / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mostra Fotográfica Programa de Volta para Casa**: cartilha de monitoria. Brasília: 2008c. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Série Pactos pela Saúde**. Brasília, v. 4, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua [Internet]. Brasília 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial [Internet]. Brasília: 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica**: O vínculo e o diálogo necessários. Boletim do nº 01/03 da Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, Brasília, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua /**

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 38p.

BRITO, Maria Mercedes Merry. A abordagem e a clínica no atendimento aos moradores de rua portadores de sofrimento psíquico. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 320-327, Jun. 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 fev. 2020.

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. Artigo Científico. **Revista Virtual Textos e Contextos**, nº 4, dez, 2005.

Disponível em: <

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fo/ojs/index.php/fass/article/view/993>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

CHERUBINI, Karina Gomes. Modelos históricos de compreensão da loucura. Da Antiguidade Clássica a Philippe Pinel. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1135, 10 ago. 2006.

FIOCRUZ, Fundação Calouste Gulbenkian. Inovações e Desafios em Desinstitucionalização e Atenção Comunitária no Brasil. **Seminário Internacional de Saúde Mental: Documento Técnico Final**. Fiocruz. Fundação Calouste Gulbenkian. Organização Mundial de Saúde. Ministério da Saúde – 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. 4 ed. São Paulo: Perspectiva, 1995.

FURTADO, Juarez Pereira.; CAMPOS, Rosana Onoko. A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. VIII, n. 1. São Paulo: 2005. p. 109-122.

- JUNQUEIRA, Luciano Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2020.
- LONDERO, Mário Francis Petry.; CECCIM, Ricardo Burg.; BILIBIO, Luiz Fernando Silva. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 18, n. 49, p. 251-260, Jun. 2014.
- MATTOS, Ricardo Mendes. **Situação de rua e modernidade**: a saída das ruas como processo de criação de novas formas de vida na atualidade [dissertação]. São Paulo: Universidade São Marcos: 2006.
- OLIVEIRA, Miriam Gracie Plena Nunes de. **Consultório de rua**: um relato de experiência. 2009. 146 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- PAGOT, Maria Ângela. **O louco, a rua, a comunidade**: as relações da cidade com a loucura em situação de rua. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- PAIVA, Karla Sarmiento. de *et al.* Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, Ago. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802595&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 fev. 2020.
- PESSOTI, Isaías. **A Loucura e as Épocas**. 2.ed. Rio de Janeiro:34, 1997, p. 206.
- PITTA, Ana Maria Fernandes. **O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje?** In A. M. F. Pitta (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. p. 19-26. São Paulo: Hucitec, 2001.
- ROSA, Cleisa Moreno Maffei. **Vidas de rua**. São Paulo: Hucitec/ Associação rede rua, 2005.
- ROSA, Lúcia Cristina dos Santos; CAMPOS, Rosana Tereza Onocko. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 311-331, abr./jun. 2013.
- SALGADO, Rayoni Ralfh Silva Pereira. **População em situação de rua**: desafios dos profissionais nos serviços de saúde mental. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Limeira, SP: [s.n.], 2018.

SERAFINO, Irene; XAVIER, Lila Cristina da Silva. Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate. **R. Katál.**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 74-85, jan./jun. 2015.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005**. 2006. 220 f. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. **Trabalho e População em Situação de Rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão de. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o serviço social. Papel Social. Campinas: 2016.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão de. **Reinvenção da Cidadania no Campo da Saúde Mental e Estratégia Política no Movimento de Usuários**. In: VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org.). Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2008.