UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS – CAMPUS DE FRANCA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

NATÁLIA AMARAL ANTUNES

SAÚDE MENTAL E AS RUAS:
a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

FRANCA/SP
2025

NATÁLIA AMARAL ANTUNES

SAÚDE MENTAL E AS RUAS:
a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", como parte dos requisitos para a obtenção de título de Mestre em Serviço Social.

Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social
Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta

FRANCA-SP

2025

A636s

Antunes, Natália Amaral

Saúde Mental e as ruas : a população em situação de rua na rede de atenção psicossocial (raps) / Natália Amaral Antunes. -- Franca, 2025

208 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Franca

Orientadora: Fernanda de Oliveira Sarreta

1. Saúde Mental. 2. População em Situação de Rua. 3. Rede de Atenção Psicossocial. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos pelo autor(a).

IMPACTO POTENCIAL DESTA PESQUISA

Espera-se com esta pesquisa apresentar reflexões acerca da saúde mental, entendendo que essa área vem sendo acionada como forma de controle dos sujeitos. Busca contribuir para uma compreensão de como a População em Situação de Rua está acessando e sendo percebida pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial do SUS, compreendendo que são dois fenômenos complexos e desafiadores para as políticas públicas, sobretudo para a perspectiva do cuidado em liberdade.

POTENTIAL IMPACT OF THIS RESEARCH

This research aims to promote reflections on mental health, considering that this field has increasingly been mobilized as a mechanism for the control of subjects. It seeks to contribute to a understanding of how the Homeless Population accesses services within the Psychosocial Care Network of the Brazilian Unified Health System (SUS), recognizing that both mental health and homelessness constitute complex and significant challenges for public policy, particularly in relation to the consolidation of care practices grounded in freedom.

NATÁLIA AMARAL ANTUNES

SAÚDE MENTAL E AS RUAS:
a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Serviço Social. Área de Concentração: Serviço Social: Trabalho e Sociedade. Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Sociais e Serviço Social.
Orientadora: Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta.

Banca Examinadora:

Presidente:_____
Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta – UNESP- FCHS

1º Examinador(a)_____
Prof. Dra. Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni - UNESP- FCHS

2º Examinador(a)_____
Profa. Dr. Pedro Henrique Antunes da Costa - UNB

Franca, 06 de novembro de 2025.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, pelo apoio e por sempre acreditarem em mim. Dedico aos trabalhadores da RAPS de Franca, espero que as condições melhorem e, acima de tudo, dedico à População em Situação de Rua e à sua luta pela vida.

AGRADECIMENTOS

Eu preciso começar agradecendo às próprias pessoas em situação de rua com quem eu trabalho. O encontro com elas, através do trabalho em saúde no Consultório na Rua foi algo que acendeu em mim vida, vontade de lutar, vontade de saber e fez eu perceber que eu estava com ânimo e vendo sentido suficiente para voltar para o mundo acadêmico.

Agradeço todo apoio da minha família (meus pais e meu irmão) que, mesmo longe e as vezes até sem entender, de o fato, o que estou fazendo, emanam tanto amor e segurança que me mantêm confiante e seguindo meus sonhos. Na minha família, preciso contar, que sou conhecida como a que "atrai" a PopRua em qualquer lugar que nós estejamos. Lembro do dia que meu irmão falou sobre eu ter conversado com um homem nas calçadas de São Paulo, logo cedo, "Nossa Natália, eu passo todo dia naquele lugar e você parou para falar com ele. Na correria, eu nunca tinha nem visto". É incrível como eles vão se transformando e eu vou me transformando com eles. Eles são os principais responsáveis por eu estar onde eu estou, porque sei que os carrego comigo para todo lugar que sigo. Todo o incentivo, amor e apoio estão comigo todos os dias, mesmo que fiquemos tempos sem nos falarmos.

No meio do mestrado meu avô veio a falecer. Meu avô foi um homem que ninguém tinha problema, todos gostavam e o admiravam. De todos os níveis sociais, todos tinham boas relações com ele. Nunca o vi ir para o confronto de nada, mas fazia o trabalho dele e ainda tinha a noção de ajudar as pessoas. Eu quero agradecer a ele por todo carinho, mas principalmente, por esta forma de ser "manso", "forte" e "sensível" ao mesmo tempo. E preciso agradecer à minha avó que é um pouco o oposto do meu avô, que fala e briga, mesmo que incomode. Minha avó se posiciona, as vezes até de maneira agressiva, mas se posiciona. Ela me ensinou a falar e, diferentemente do meu avô, nem todo mundo gosta dela, mas a vida é essa não?

Agradeço ao meu companheiro, Pedro, com quem divido vida, rotina, conquistas e frustrações todos os dias. É ele quem lida com minhas inseguranças, frustrações e cobranças em relação a dissertação e ao trabalho na saúde. Sem o apoio dele e a forma como ele me humanizava para mim mesma, seria difícil.

Eu agradeço o encontro que eu tive nesse percurso com algumas pessoas que me impulsionaram e me impulsionam nos dias de desânimo. Essas pessoas me mantiveram no mestrado até quando eu quis desistir. Elaine, Paulo e Carol fizeram parte desse trabalho e me ensinaram muito nesse processo. Eles me fizeram crescer e acreditar em mim, mais do que eu mesma.

Agradeço ao coletivo do Fórum da População em Situação de Rua de Franca que mesmo com seus altos e baixos, é um espaço que qualifica meu trabalho e me aproxima da luta da PopRua. Agradeço, especialmente, à Grah deste coletivo que é uma baita mulher por quem tenho admiração e que não desiste do Fórum, mesmo com tantos boicotes. Grah me ensina o que é o "trabalho de base", de fato.

Agradeço as pessoas que encontrei na Unesp-Franca. Os amigos e colegas do serviço social que deixaram o percurso mais leve e mais humanizado. Saí da graduação pensando muito mal do ambiente acadêmico e ter voltado pelo programa do serviço social, fez eu me sentir acolhida e pertencente. Conheci pessoas que tem um corre de vida tão intenso e tão cheio de luta, mas que exalam afeto pelas pessoas e responsabilidade com o conhecimento enquanto potência de transformação da realidade. A Unesp-Franca tem essa coisa de coletivos, de aglomerar e de combater que eu admiro e aprendi muito.

Agradeço ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Política de Saúde e Serviço Social (QUAVISSS) onde fui acolhida como membro e logo fui colocada em organização de eventos e atuações. Agradeço a confiança e admiro a todos que o compõem, pessoas que pensam e lutam por uma saúde pública e querem um SUS forte! O QUAVISSS, por ser um grupo diverso, de várias localidades e profissões, foi um lugar que me acolheu primeiro como trabalhadora da rede, onde encontrei pessoas com quem poderia construir e pensar o trabalho. De trabalhadora da rede, virei mestranda do grupo e parece que fui muito rápido de alguém conhecendo para alguém que produzia e ajudava na organização do grupo. Sou grata à confiança!

Agradeço à minha orientadora, Prof.ª Dr.ª Fernanda de Oliveira Sarreta que possibilitou esse meu crescimento acadêmico. Obrigada por me acolher tão prontamente, por acreditar no projeto e em mim. Obrigada por ver em mim algo que podia ser expandido e incentivado e que eu mesma sequer via.

E, por fim, agradeço aos trabalhadores que responderam essa pesquisa. Agradeço as mensagens de incentivo e esperança na pesquisa. Sei que as condições de trabalho estão adoecedoras e que o trabalhador está cada vez mais solitário e desamparado na prática cotidiana. É para vocês também esse trabalho. Percebi que precisamos nos humanizar para humanizar a PopRua. É preciso lembrar que o cuidado está na relação, no estar junto. Como disse Marcus Matraga, **"De quem será, do semeador, do semeado? Vivo a pergunta do mérito, da relação entre os dois, Cuidado"**.

Poema Reflexivo das Realidades.

"Somos Violent@s com a PopRua, Mas somos Cidad@es de Bem"

I

Violências,mortes,dores

homicídios e aporofobia

E no dia dia poucos amores

Livra-nos "d@s Cidad@s de bem" de noite e de dia

As veses são eles os agressores

II

Em nome da Paz, da Fé

Da família da tranquilidade

Nos caçam pela cidade

feito aqueles Capitães do mato

pelas ruas e becos com raiva e com maldade

III

Até quando seremos caçados, caçadas, mortas

"Moramos"nas ruas,pontes

Marquises,malokas,vielas

Nosso teto o céu,"casa" sem portas

Rejeitadis do estado

Chamados de vida torta

IV

Nos chutam, jogam jatos d'água

Todo dia e toda hora

Nos queimam vivos,

Em nossos corpos dão pauladas,

Porquê porquê?

Só o que queremos é viver

E vocês dizem com seus atos e ações,

Você tem é que sofre

E por ser negro pobre seu destino é morrer

V

Somos esculachadas e Expulsas de viadutos

A violência contra a PopRua

Tem Nunes erguendo muro

Tem asfalto quente molhado e duro

E por todo o nosso País

A APOROFOBIA torna os passos inseguro

VI

O MDS que chamamos de "MES" Ministério do Encarceramento Social Com seu edital credencia Só em 2024 570 CT'$ e com derrames de recursos

O 19 de agosto de 2004, O Massacre da Sé continua

Com o aprisionamento de Corpos, Mentes, querem "empurrar"Jesus de goela abaixo, lugares de morte, Horrores que matam e Aprisionam a PopRua

VII

Votações Inconstitucionais

De internações compulsórias, Involuntárias Em todo território nacional

Injetando mais recursos para as gulosas, cruéis, e Famigeradas "CT'$ " nós Somos Antimanicomial

VIII

Mesmo com a aprovação da ADPF 976, Arguição do Descumprimento dos Preceitos Fundamentais do Superior Tribunal Federal pra População

Pouco avanços tivemos nos estados e municípios

A 976 determina planos de ação dos entes, que são os Estados,Municípios,União

IX

O governo federal lança em 11 de dezembro de 2023 o plano Ruas Visíveis,que pela ausência de recursos é melhor ser chamado de RUA-LISA

Sem ter recursos no orçamento da União para os municípios e Estados o Plano lá na ponta não sai do papel,não se concretiza

X

E por isso também as violências, e violações contra a PopRua a cada dia só aumentam no Brasil

Nossas vidas estão sendo descartadas,exterminadas por falta compromisso,de Políticas Públicas,pelas balas e mira do Fuzil

XI

As eleições municipais de 2024, as forças conservadoras dominaram e elegeram nos municípios o parlamento

E mostram o que vem daqui pra frente

Mais desafio,que requer luta e ousadia dos movimentos sociais e organizações que atuam com a PopRua, da gente

É preciso discussão da conjuntura, lutar sem cessar pra garantir a PopRua o futuro, mais principalmente o presente

(Vanilson e Samuel – militantes do MNPR)

Antunes, Natália Amaral. **SAÚDE MENTAL E AS RUAS: a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. 2025.215f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2025.

RESUMO

Esta pesquisa procurou fazer o cruzamento de dois fenômenos sociais: Saúde Mental e População em Situação de Rua (PopRua), tendo o objetivo geral de analisar como se dá a assistência em saúde mental à PopRua, de acordo com a percepção dos profissionais da RAPS, considerando as determinações sociais que envolvem os dois fenômenos, na realidade do município Franca/SP. E objetivos específicos: realizar um diagnóstico situacional dos serviços que compõem a RAPS, refletir sobre o conceito de saúde mental que orienta o atendimento da PopRua, compreender como se dá o acesso desta população à RAPS e refletir como se dá o diálogo sobre a PopRua entre os serviços no munícipio. A pesquisa adotou referenciais do materialismo-histórico para análise e discussão do tema e se caracterizou como qualitativa. A metodologia se deu por meio de estudo bibliográfico, análise documental e coleta de dados em campo, por meio de questionário através do *google forms*, técnica adotada com a intenção de ampliar o acesso aos diferentes níveis de atenção da rede, tendo como participantes 69 trabalhadores da RAPS. Além do debate conceitual e histórico da luta antimanicomial e Reforma Psiquiátrica, foram utilizados autores que debatem o tema sob o viés materialista. Foram feitas consultas de legislações do SUS e bases de dados para desvendar a realidade municipal. Como alguns dos resultados, o estudo expõe o quanto a RAPS de Franca ainda é relativamente recente, demonstrando limites nas intervenções em equipe e na participação social, bem como práticas ainda centradas no indivíduo e na medicação. O estudo expõe que a PopRua tem certa frequência nos serviços da RAPS, no entanto a rede não vai até o território da rua. Demonstra a rigidez dos serviços que atendem a PopRua, pois é a população que deve se adaptar à RAPS e não o contrário. A pesquisa também percebeu alguns estigmas, principalmente, relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Foi abrangido com esta pesquisa, não somente o cuidado institucionalizado da PopRua, mas toda uma rede organizada sob esse viés. Por fim, foi percebido o sofrimento dos trabalhadores com a falta de direção transformadora do trabalho na saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; População em Situação de Rua; Rede de Atenção Psicossocial.

Antunes, Natália Amaral. **MENTAL HEALTH AND THE STREETS: Homeless population in Psychosocial Care Network (RAPS).** 2025.215f. Master's Dissertation – Faculty of Human and Social Sciences, Universidade Estadual Paulista ″Júlio de Mesquita Filho ″, Franca, 2025

ABSTRACT

This research sought to intersect two social phenomena: Mental Health and the Homeless Population. The overall objective was to analyze how mental health care for the homeless population is provided, according to the perception of RAPS professionals, considering the social determinants involved both phenomena in the municipality of Franca/SP. The specific objectives were: to conduct a situational diagnosis of the servicesvthat make up RAPS; reflect on the concept of mental health that guides care for the homeless population; understand how this population accesses RAPS; and reflect on how dialogue about homeless population takes place among services in the city. The research adopted historical-materialist frameworks for analysis and discussion of the topic and was characterized as qualitative. The methodology involved bibliographical study, document analysis, and field data collection through a Google Forms questionnaire, a technique chosen to expand access to the different levels of care in the network. The participants were 69 RAPS workers. In addition to the conceptual and historical debate on the anti-asylum movement and Psychiatric Reform, authors who discuss the theme from a materialist perspective were used. SUS legislation and databases were consulted to uncover the municipal reality. The study shows that Franca's RAPS is still relatively recent, demonstrating limits in teamwork interventions and social participation, as well as practices still centered on the individual and on medication. It also reveals that the homeless population does access RAPS services to some extent; however, the network does not extend into the street territory itself. The rigidity of services that attend to the homeless population is evident, as it is the population that must adapt to RAPS, and not the other way around. The study identified certain stigmas, mainly related to alcohol and drug use. This research covered not only the institutionalized care of homeless population but also an entire network organized under this perspective. Finally, it revealed the suffering of workers due to the lack of transformative direction in mental health work.

Keywords: Mental Health; Homeless Population; Psychosocial Care Network.

analyzing how mental health care for the homeless population is provided, according to the perception of RAPS professionals

Antunes, Natália Amaral. **SALUD MENTAL Y LA CALLE: La población en situación de calle en la Red de Atención Psicosocial (RAPS).** 2025.208f. Tesis de Maestría – Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2025.

RESUMEN

Esta investigación buscó cruzar dos fenómenos sociales: Salud Mental y Población en Situación de Calle. El objetivo general fue analizar como se desarrolla la atención en salud mental a la población en situación de calle, de acuerdo con la percepción de los profesionales de la RAPS, considerando las determinaciones sociales que involucran ambos fenómenos, en el municipio de Franca/SP. Los objetivos específicos fueron: realizar un diagnóstico situacional de los servicios que componen la RAPS; reflexionar sobre el concepto de salud mental que orienta la atención a la población en situación de calle; comprender cómo esta población accede a la RAPS; y analizar cómo se desarrolla el diálogo sobre la población en situación de calle entre los servicios del municipio. La investigación adoptó marcos histórico-materialistas para el análisis y la discusión del tema y se caracterizó como cualitativa. La metodología se basó en un estudio bibliográfico, análisis documental y recolección de datos de campo, a través de un cuestionario mediante Google Forms, técnica adoptada para ampliar el acceso a los diferentes niveles de atención dentro de la red. Participaron 69 trabajadores de la RAPS. Además del debate conceptual e histórico sobre el movimiento antimanicomial y la Reforma Psiquiátrica, se utilizaron autores que abordan el tema desde una perspectiva materialista. Se realizaron consultas a la legislación del SUS y a bases de datos para revelar la realidad municipal. El estudio revela la relativa novedad del RAPS de Franca, demostrando limitaciones en las intervenciones en equipo y la participación social, así como prácticas todavía centradas en el individuo y en la medicación. También expone que la población en situación de calle frecuenta los servicios de la RAPS; sin embargo, la red no llega al territorio de la calle. Demuestra la rigidez de los servicios de PopRua, ya que es la población la que debe adaptarse al RAPS, y no al revés. El estudio identificó ciertos estigmas, en particular los relacionados con el consumo de alcohol y otras drogas. Esta investigación abarcó no solo la atención institucionalizada de la población en situación de calle, sino toda una red organizada bajo esa perspectiva. Finalmente, se percibió el sufrimiento de los trabajadores ante la falta de una orientación transformadora en el trabajo en salud mental.

Palabras clave: Salud Mental; Población en Situación de Calle; Red de Atención Psicosocial.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Número de pessoas em situação de rua cadastradas no CadÚnico ou com cadastro atualizado em Centros POP.....101

Gráfico 2: Escolaridade das pessoas em situação de rua inseridas no Cadastro único em 2023.....103

Gráfico 3: Impedimentos de acessos a locais e atividades que a PopRua sofre.....105

Gráfico 4: Crescimento populacional de Franca entre 1970 e 2022.....115

Gráfico 5: Famílias em situação de rua de Franca cadastradas no CadÚnico.....124

Gráfico 6: População de Franca conforme Raça/Cor, 2022.....130

Gráfico 7: Pessoas de Franca cadastradas no CadÚnico, por cor ou raça, em Julho/2025.....130

Gráfico 8: Pessoas em situação de rua de Franca cadastradas no CadÚnico, por cor ou raça, em Julho/2025.....131

Gráfico 9: Local de trabalho dos participantes da pesquisa.....137

Gráfico 10: Profissões dos participantes da pesquisa.....138

Gráfico 11: Sobre atendimento da PopRua no equipamento.....139

Gráfico 12: Como é a organização da sua equipe.....140

Gráfico 13: Onde são realizadas as discussões de caso.....141

Gráfico 14: Como é feito o PTS com a PopRua.....141

Gráfico 15: Contato e/ou articulação com Movimentos Sociais.....143

Gráfico 16: Formação sobre Saúde Mental.....145

Gráfico 17: Formação sobre População em Situação de Rua.....146

Gráfico 18: As estratégias mais utilizadas no Cuidado em Saúde Mental.....147

Gráfico 19: As estratégias menos utilizadas no Cuidado em Saúde Mental.....147

Gráfico 20: Atuações na Rua.....150

Gráfico 21: Quem é a PopRua que frequenta os serviços de Franca.....153

Gráfico 22: Quem é a PopRua que frequenta os serviços, quanto a raça/cor.....155

Gráfico 23: O que a PopRua procura na RAPS?.....157

Gráfico 24: A PopRua chegou, o que é feito?.....158

Gráfico 25: A PopRua no local.....158

Gráfico 26: Principais problemas de saúde da PopRua.....162

Gráfico 27: Os preconceitos que a PopRua sofre.....163

Gráfico 28: O que leva as pessoas à situação de rua.....163

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número de pessoas em situação de rua no Brasil de 2012-2022.....100

Tabela 2: Composição da RAPS de Franca.....117

Tabela 3: Serviços socioassistenciais para a PopRua de Franca.....125

Tabela 4: Municípios com maiores números de famílias em situação de rua no CadÚnico.....127

Tabela 5: Pessoas em situação de rua de Franca cadastradas no CadÚnico, por sexo, em Julho/2025.....127

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Organização do SUS em Redes.....55
Figura 2: Estruturação do Consultório na Rua.....111

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO E PERCURSO METODOLÓGICO.....19
1.1 Relevância do tema.....19
1.2 Procedimentos metodológicos.....21

CAPÍTULO 2. SAÚDE MENTAL NA SOCIEDADE CAPITALISTA.....31
2.1 A saúde mental dentro da sociedade capitalista.....31
2.2 O contexto brasileiro: manicômio, luta antimanicomial e RAPS 43
2.3 A RAPS, Reformas e Contrarreformas.....57
2.4 Tá, mas o que é saúde mental? 69

CAPÍTULO 3. PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA, ESTIGMAS E EXCLUSÕES.....80
3.1 O fenômeno da População em Situação de Rua no Brasil.....80
3.2 O Movimento da PopRua no Brasil: de "velho do saco" a sujeito de direitos.....86
3.3 A PopRua: vidas e territórios improváveis.....93
3.4 Quem é a população em situação de rua brasileira?.....99
3.5 PopRua e o direito à Saúde: o Consultório na Rua.....106

CAPÍTULO 4. AFINAL, COMO E QUEM É FRANCA?.....113
4.1 O território francano.....113
4.2 A RAPS de Franca.....116
4.3 A População em Situação de Rua nessa realidade.....123
4.3.1 Um destaque: a cor da PopRua francana**.....129**

CAPÍTULO 5. PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL À POPRUA NA RAPS DE FRANCA.....133
5.1 Conhecendo a RAPS de Franca.....133
5.2 O cuidado em Saúde Mental na RAPS de Franca.....146
5.3 A PopRua bateu na porta, como ela é recebida?.....153
5.3.1 Outro destaque: uso de álcool e drogas e a rua**.....161**
5.4 Sobre o entendimento de Saúde Mental dos trabalhadores.....169

CONCLUSÕES.....179

REFERÊNCIAS.....185

APÊNDICES.....195
Apêndice 1. Formulário da Entrevista com Questionário.....195
Apêndice 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....205
Apêndice 3. Ofício enviado à Secretaria Municipal de Saúde.....207
Apêndice 4. Ofício enviado à Fundação Espírita Allan Kardec.....208
Apêndice 5. Ofício enviado à Comunidade Terapêutica DCNOVI.....210
Apêndice 6. Ofício enviado à Comunidade Terapêutica NAREV.....210
Apêndice 7. Ofício enviado ao CAPS III Florescer.....211

ANEXOS.....212
Anexo A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....212
Anexo B. E-mail autorizando a coleta na Fundação Espírita Allan Kardec.....215
Anexo C. Autorização de coleta da Comunidade Terapêutica DCNOVI.....216

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO E PERCURSO METODOLÓGICO

1.1 Relevância do tema

A presente pesquisa tem como temática a saúde mental e a População em Situação de Rua (PopRua), considerando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o cuidado territorial e em liberdade. Neste texto, será utilizado o termo PopRua por ser um termo mais próximo de como os movimentos sociais abordam e se referem às pessoas que vivem na rua, sendo melhor discutido posteriormente.

A proposta deste trabalho surgiu em razão de inquietações desta pesquisadora na prática cotidiana, como psicóloga do Consultório na Rua de Franca, equipamento do Sistema Único de Saúde (SUS), localizado no interior do Estado de São Paulo. Muitos foram os questionamentos que surgiram a partir da prática e este estudo não tem a pretensão de responder todos, porém foi a partir deles que a vontade de pesquisar e voltar para o mundo acadêmico surgiu.

Algumas reflexões da prática: é possível cuidar e olhar para a saúde mental sem trancar e recorrer a políticas higienistas e excludentes para a População em Situação de Rua? É possível dialogar com profissionais que se preocupam, mas que pensam o cuidado em saúde mental somente dentro de quatro paredes e dentro de uma lógica médica ou da medicalização? Como garantir que a pessoa em situação de rua seja respeitada enquanto sujeito de direitos dentro de suas vontades e limitações? Como promover o bem-estar, a vida mais digna dentro da realidade da rua, do território que a pessoa está? Essas são as inquietações que estão presentes no cotidiano de trabalho com essa População.

Na atualidade, o tema da saúde mental tem extrapolado os serviços de saúde, se popularizando com as redes sociais e a agilidade da tecnologia. A Pandemia de COVID-19 também trouxe à tona a saúde mental como uma preocupação e consequência da crise sanitária, se apresentando como uma prioridade nacional e internacional. A saúde mental vem sendo cada vez mais acionada em diversas políticas públicas e áreas de atuação, como a preocupação na área de educação com algumas políticas e legislações recentes que procuram promover a inserção de profissionais do serviço social e da psicologia nas escolas, conforme a Lei nº13.935 de 2019 que dispõe sobre a prestação de serviços da psicologia e do serviço social na rede pública de educação básica e lei nº 14.819 de 2024 que Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares

É noticiado e documentado cotidianamente que a sociedade está mais adoecida mentalmente. Conforme o Informe Mundial sobre a Saúde Mental (2022) da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2019, em todo o mundo, havia 970 milhões de pessoas com

algum transtorno mental. Em 2020, com a pandemia, houve um aumento de 28% de transtornos depressivos e 26% em transtornos de ansiedade, somente naquele ano. Em publicação sobre o panorama da Saúde Mental no Brasil, do Instituto Cactus, no 1º semestre de 2024, 70% dos respondentes apontaram se sentir cansados e com pouca energia; alterações de sono e alterações de apetite, bem como pouco interesse ou prazer em fazer as coisas, foram apontados por mais de 50% dos respondentes em algum nível, seja diariamente ou a maior parte dos dias (Cactu, 2024). Ou seja, aparentemente, as pessoas estão sofrendo mais e isso tem tido reflexos diretos na política de saúde mental.

Não somente os problemas de saúde mental tem aumentado, mas o número de pessoas em situação de rua também. Conforme material do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDHC),

> Entre 2018 e julho de 2023, o número de pessoas em situação de rua cadastradas no CadÚnico quase dobrou, chegando a 221.113 pessoas. O número de municípios brasileiros com pessoas em situação de rua cadastradas também quase dobrou, passando de 1.215 (22%), em 2015, para 2.354, em 2023 (42% dos municípios do país). (Brasil, 2023, p. 6)

A implantação de programas novos como os Pontos de Apoio da Rua (PAR) e a determinação do Supremo Tribunal Federal (STF), através da Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 976 de 2023 para que haja a observância e o devido cumprimento da Política Nacional para População em Situação de Rua (PNPSR) pelos municípios e estados, são exemplos recentes de como a problemática das pessoas em situação de rua está urgente e cada vez mais complexa.

Tanto a Saúde Mental como a PopRua são aqui entendidas como expressões da questão social, são fenômenos complexos com múltiplas determinações sociais típicas do capitalismo. Dessa maneira, a pesquisa adota uma abordagem qualitativa e se fundamenta na perspectiva teórica e metodológica do materialismo histórico.

A ênfase na PopRua se dá pelo aumento histórico das pessoas que vivem na e da rua, mas também por ela desafiar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a sair de seus muros, incluindo os muros do próprio saber. A PopRua é alvo de políticas manicomiais e higienistas por seu caráter de incomodar a sociedade, com todos os estigmas que carrega consigo, por isso é uma população que deveria pressupor uma atuação radicalmente pautada nos valores da Reforma Psiquiátrica brasileira e da luta antimanicomial.

Esta pesquisa foi motivada pelos seguintes questionamentos/inquietações: O cuidado da população em situação de rua leva em conta os princípios e objetivos da RAPS, bem como da

Reforma Psiquiátrica? Quais os conceitos de saúde mental que permeiam as práticas dos serviços da RAPS, no município de Franca/SP? Que estigmas e exclusões a PopRua sofre nos atendimentos da RAPS?

Tem como objetivo geral, analisar como se dá a assistência em saúde mental à PopRua, de acordo com a percepção dos profissionais da RAPS Franca. E específicos, realizar um diagnóstico situacional dos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial, refletir o conceito de saúde mental que orienta o atendimento da PopRua, compreender como se dá o acesso dessa população na RAPS e refletir como se dá o diálogo sobre ela entre os serviços no munícipio

O cuidado em saúde mental com a PopRua será analisado levando em consideração os atravessamentos históricos, sociais e interseccionais da realidade, partindo do entendimento que o sofrimento e o ser humano se produzem no concreto (Costa, 2023). “Não é a consciência que determina a vida, mas a vida que determina a consciência” (Marx; Engels, 2007, p. 86-87 apud Netto, 2011, p. 31).

1.2 Procedimentos metodológicos

O materialismo histórico é a base teórica e metodológica para o desenvolvimento deste estudo, entendendo que a compreensão de saúde mental e as práticas de cuidado tem determinações próprias do modo de produção capitalista. Conforme Netto (2011), o conhecimento do objeto é o conhecimento de suas determinações. “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” (Gil, 2008 p. 22).

A pesquisa foi realizada a partir do estudo bibliográfico, análise documental e coleta de dados em campo. Como estudo bibliográfico, foram consultados autores do materialismo-histórico, bem como referencias ligadas a uma perspectiva crítica de Saúde Mental, com base na Reforma Psiquiátrica brasileira e na Luta Antimanicomial.

Também procurou-se buscar histórias dos movimentos sociais ligados a saúde, como a própria luta antimanicomial e movimento de reforma sanitária e também dos movimentos da PopRua, como o Movimento Nacional da População em Situação de Rua, procurando trazer uma perspectiva histórica a partir desses atores coletivos sobre as conquistas de direitos. Para a

análise documental, foram consultados documentos e legislações próprias da Política de Saúde Mental do Brasil, Política de Saúde e das Políticas para PopRua no Brasil.

A coleta de dados em campo foi realizada a partir da técnica da entrevista com questionário estruturado, composto por questões fechadas e enviado em formato online. A escolha dessa técnica do questionário teve a intenção de ampliar a participação de trabalhadoras/es da RAPS, buscando a maior abrangência possível de pontos de atenção dessa Rede e dos vários vieses que orientam as práticas de saúde mental.

O cenário da pesquisa foi constituído por toda a Rede de Atenção Psicossocial, a RAPS de Franca, e as/os participantes da pesquisa foram as/os trabalhadoras/es dos equipamentos, de maneira voluntária. A proposta foi de que pesquisa tivesse um alcance aos vários pontos de atenção.

O universo da pesquisa foi composto pelos serviços da RAPS do município de Franca/SP (FRANCA, 2022):

a) Atenção básica a saúde: 14 Unidades Básicas de Saúde, 14 Estratégias de Saúde da Família e 1 Consultório na Rua;

b) Atenção psicossocial especializada: 1 CAPS III 24h, 1 CAPS AD III 24h, 1 Ambulatório de Saúde Mental Adulto e 1 Ambulatório de Saúde Mental Infantil (NAIA);

c) Urgência e Emergência: 2 UPAS, 1 Pronto Socorro Adulto e 1 Pronto Socorro Infantil.

d) Atenção Residencial de caráter transitório: 3 Comunidades Terapêuticas

e) Atenção hospitalar: 1 Hospital Especializado

Portanto, a coleta de dados alcançou a totalidade dos 41 equipamentos, ou seja, 100% desse universo.

A escolha da amostra das/os participantes respeitou os critérios de serem trabalhadoras/es da política de saúde, de nível superior e de nível médio, dos serviços da RAPS de Franca. A amostra se deu por conveniência, sendo os participantes eram para aceitar a participar da pesquisa.

É válido apontar que o cuidado em saúde mental no território pode não ser somente em serviços de saúde, mas em outras políticas e espaços, no entanto, a pesquisadora optou por limitar aos equipamentos do SUS, em uma tentativa de compreender como esses trabalhadores estão atuando. Outro critério é que somente trabalhadoras/es foram aceitas/os, enfatizado que não poderiam ser gestoras/es e/ou chefias, sendo de suma importância as respostas de quem atende de fato, de quem está de fato na “ponta”, na linha de frente no atendimento à população.

A escolha de ser as/os trabalhadoras/es de nível superior e médio parte do entendimento de que a RAPS é construída, principalmente, por essas duas categorias. A proposta não foi centrar a coleta em profissões tipicamente psis (psiquiatras e psicólogas, por exemplo) e nem nas tipicamente técnicas (assistentes sociais ou enfermeiras, por exemplo), mas também considerar e promover a participação de profissionais como técnico de enfermagem e recepcionistas que são, muitas vezes, os primeiros que acolhem qualquer usuário no SUS, inclusive a PopRua.

Essa escolha, também parte do entendimento pautado na Política Nacional para População em Situação de Rua e a Política de Atenção Básica do SUS, de que a PopRua pode e deve ser atendida por toda a RAPS, não sendo pessoas que devem ser cuidadas apenas por equipes específicas como de Consultório na Rua ou de CAPS. Conforme o Manual sobre o cuidado a saúde junto à População em Situação de Rua do Ministério da Saúde de 2012,

> [...] é de suma importância a articulação da rede de serviços no sentido de efetivar a coordenação do cuidado e fortalecimento do vínculo não só pela equipe do Consultório na Rua, como também pelas equipes das UBS, de modo que estas também sejam referência e se responsabilizem pelo usuário. (Brasil, 2012, p.33)

O questionário foi formado, em sua maioria, por perguntas fechadas sobre temas que envolvem a compreensão de saúde mental da/o trabalhadora/or. Conforme apêndice 1, ele foi constituído por questões com a finalidade de conhecer e diagnosticar a RAPS do município, como local de atuação e formação do trabalhador; questões que procuravam investigar um pouco como se é o acesso da PopRua aos serviços, desde perceber um certo perfil dessa população até como é o trabalho, que tipo de atendimentos, acolhimentos e demais intervenções; e por fim, questões que tentavam investigar o conceito de saúde mental que permeia o trabalho em saúde e principalmente, do trabalho com a PopRua.

O projeto de pesquisa foi enviado para avaliação e autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Franca e para a Fundação Espírita Allan Kardec (FEAK), instituição conveniada e que administra o CAPS-ad III, CAPS-III e o Hospital Psiquiátrico no município, apêndice 3 e 4. Após respostas afirmativas para coleta de dados, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Estadual Paulista (UNESP), Campus de Franca. A autorização do projeto de pesquisa conta com o parecer número 7.467.190, CAAE: 87205225.0.0000.5408, conforme anexo A.

A primeira divulgação acerca da pesquisa ocorreu de maneira informal, em uma reunião de matriciamento no CAPS-ad, no 06 de maio de 2025. A pesquisadora participou, representando a equipe do Consultório na Rua (eCR), a fim de discutir um caso em

acompanhamento. As reuniões de matriciamento dividem o território da cidade em quatro subgrupos e, a nível de divisão, a eCR participa do Grupo D, mas pode participar de outras reuniões conforme necessidade da equipe. Nesse dia, a pesquisadora aproveitou a oportunidade e sinalizou aos participantes que logo divulgaria a pesquisa nos grupos, sendo que nessa ocasião estavam presentes trabalhadoras/es de algumas UBSs, ESFs e dos dois CAPS.

No dia 11 de abril de 2025, a pesquisadora participou da reunião do Grupo Condutor da RAPS do município, que ocorre bimestralmente na Secretaria de Saúde com gestores da Saúde, da Assistência Social, da FEAK, bem como representantes do Departamento Regional de Saúde (DRS-VIII), da Defensoria Pública, do Ministério Público e do Conselho Municipal de Políticas Públicas sobre Drogas (COMAD). Este grupo é previsto pela Portaria 3088 de 2011, no inciso III do artigo 14, visando a operacionalização da RAPS. Cabe:

> [...] ao Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, implementação, coordenação do Grupo Condutor Municipal da Rede de Atenção Psicossocial, financiamento, contratualização com os pontos de atenção à saúde sob sua gestão, monitoramento e avaliação da Rede De Atenção Psicossocial no território municipal. (Brasil, 2011)

Nesse momento, não foi possível uma apresentação formal da pesquisa, mas houve uma fala a nível de informe e da relevância do estudo para a RAPS. Válido pontuar que a pesquisadora é conselheira titular do COMAD, tem uma atuação ativa e já participou das Conferências de Saúde como delegada nas Etapas Municipal, Regional Estadual e Nacional, enquanto trabalhadora do SUS. Aspectos que, provavelmente, tenham facilitado o acolhimento da pesquisa por parte de todas/os participantes e mesmo dos gestores de saúde e representações que estava na reunião do grupo condutor.

Após as devidas aprovações, o questionário foi fechado e feitos testes de aplicação com três profissionais não atuantes na rede de Franca e ligadas ao Grupo QUAVISSS – Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Saúde e Serviço Social da Unesp Franca, a fim de testar o tempo e a temática das questões. Foi verificado um tempo de resposta entre 10 e 15 minutos.

O questionário começou a ser divulgado a partir do dia 12 de maio de 2025. A divulgação se deu, principalmente, através de Whatsapp, mas também foi enviada via e-mail para os equipamentos. Antes de iniciar o questionário, o participante deveria ler e concordar com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Apêndice 2, garantindo confidencialidade das informações, privacidade e proteção da identidade dos participantes, bem como "[...] apresentação clara e acessível da natureza da pesquisa, sua justificativa, seus

objetivos, métodos, potenciais benefícios e riscos, concebido na medida da compreensão do participante [...]" (Brasil, 2016).

O link do questionário foi enviado juntamente com um texto e uma foto, tirada da rede social da equipe do Consultório na Rua. A foto está na internet e é divulgada, mas para a pesquisa, ela foi borrada a fim de preservar a identidade das pessoas da imagem. Foi pedida autorização para a equipe sobre o uso da imagem e devidamente concordado.

A divulgação se deu dessa forma:



Olá!

Eu me chamo Natália, sou pesquisadora de mestrado na Unesp-Franca e atuo como psicóloga na rede de saúde. A minha pesquisa de mestrado tem como tema: Saúde Mental e População em Situação de Rua e meu objetivo é entender como essa população acessa a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Franca. E para isso, ninguém melhor para responder que o trabalhador, a trabalhadora que está vivenciando todo dia os vários desafios da prática! Importante destacar que essa pesquisa deverá ser respondida pelos trabalhadores e não pelos gestores e administradores.
O tempo de resposta leva em média 10 a 12 minutos e ele é composto por questões fechadas. Eu sei que estamos com uma vida corrida e nem sempre conseguimos parar esse tempo, mas eu peço esse esforço e cuidado de vocês, pois a pesquisa poderá retornar resultados importantes sobre a População em Situação de Rua, mas também sobre a organização da RAPS de nosso município. E precisamos fortalecer o cuidado em saúde mental da nossa cidade!
Eu agradeço imensamente a participação de vocês e estou disponível para qualquer dúvida e manifestação!

Natália A. Antunes

Esse texto foi enviado em grupos de Whatsapp da rede de saúde, como o grupo das psicólogas/os da rede, também foi feito contato com outras profissões, como a administradora

do grupo da enfermagem e do serviço social, para que pudessem divulgar nos grupos. Foi pedida ajuda a todas/os que divulgassem em suas respectivas unidades de saúde. Feito contato também com técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), para que divulgassem em grupos específicos de suas categorias.

Para que houvesse a ampla divulgação, a pesquisadora se valeu de seu lugar de trabalhadora do SUS, que tem acesso a grupos e contatos com trabalhadoras/es da rede, que são parceiras/os de discussões de caso e já se conhecem de outros espaços. O detalhamento desse processo demonstra os esforços da pesquisadora, para tornar público e ampliar a participação dos sujeitos na pesquisa.

Nesse caminho, identificou que a psicologia e o serviço social das Unidades Básicas de Saúde (UBS) possuem reuniões mensais por categoria para alinhamento de protocolos e atendimentos da rede, sendo parte da carga horária de trabalho. Como a pesquisadora participa mensalmente das reuniões da psicologia, foi possível divulgar a pesquisa em 2 reuniões, no dia 30 de abril e no dia 28 de maio de 2025. No primeiro momento, informou sobre a pesquisa, o objetivo e a temática, o que foi reforçado no mês seguinte solicitando o apoio da divulgação nas respectivas unidades

Com relação a categoria do serviço social, foi conseguido o contato da responsável do grupo e ela pediu que a pesquisadora fosse na reunião mensal fazer uma breve apresentação da pesquisa para as assistentes sociais da Rede. No dia 14 de maio de 2025, foi cedido um espaço para apresentação da pesquisa e realizada uma breve explanação com slides, contando um pouco da temática, objetivos, justificativa e referencial teórico. A pesquisa foi bem acolhida e incentivada pelo coletivo. As trabalhadoras puderam dar dicas, como fazer contato com assistente social da Urgência e Emergência que não estava presente nessa reunião.

Com relação a enfermagem, foi feito contato por mensagem com a responsável pelo grupo e ela repassou a mensagem. Essa categoria não tem reuniões periódicas o que dificultou o acesso a essas/es trabalhadoras/res. Da mesma forma, em relação a outras categorias profissionais foi feito contato somente por mensagem com pessoas que a pesquisadora conhecia e foi pedido apoio na divulgação e resposta.

Foi assim que se deu a divulgação nos serviços ligados diretamente à gestão municipal, que procurou chegar aos servidores públicos municipais, que compõem as UBSs, ESFs, UPAs, Pronto-Socorro Municipal, Ambulatório de Saúde Mental de adultos e Ambulatório de Saúde Mental Infantil (NAIA).

Importante apontar que foi aventada a possibilidade de enviar em grupos ligados ao Sindicado dos Servidores Públicos Municipais, que poderiam ter contatos com a saúde, mas ocorreram paralisações e múltiplas assembleias no mês de abril sobre questões salariais, levando a um processo trabalhista que foi finalizado apenas em julho. E também, com a troca de gestão do sindicato no mês de maio, a pesquisadora não conhecia diretamente os novos representantes. Dado o cenário conturbado quanto a questão trabalhista, a pesquisadora fez a opção de não ir pela via do sindicato, até mesmo porque muitos das/os trabalhadoras/es não estão tão diretamente ligados aos movimentos trabalhistas.

Sobre a coleta de dados com as equipes dos dois CAPS, ocorreram alguns processos diferentes. No dia 12 de maio de 2025, a mensagem com o link foi enviada para o gestor responsável pelo CAPS-ad, foi solicitada sua divulgação para a equipe do serviço. No entanto, ele fez a contraproposta de que a pesquisadora comparecesse a uma das reuniões de equipe para apresentar e ele disparar o link da pesquisa. As reuniões de equipe desse serviço acontecem semanalmente. Dessa forma, foi combinado que a pesquisadora teria um espaço na reunião do 23 de maio de 2025, e foi dado um espaço no final da reunião da equipe, não havia tempo para uma apresentação mais formal e longa de maneira que foi feito um relato simples. Em seguida, o gestor do CAPS enviou no grupo da equipe e no mesmo momento pediu para as trabalhadoras/es responderem. Muitos responderam *in loco*, e isso justifica ele ter sido o equipamento que teve maior participação das/os trabalhadoras/res.

Sobre o CAPS-III, no dia 12 de maio, foram enviados texto e formulário para a gestora do equipamento pedindo apoio e que divulgasse no grupo interno da equipe. No entanto, não houve resposta e no dia 21 de maio a pesquisadora enviou nova mensagem. A pedido da gestora, foi enviado por e-mail o projeto de mestrado e ofício para que houvesse a coleta, conforme apêndice 7. Esse processo já havia sido feito junto a FEAK, enviado aos administradores dos dois CAPS. Após esse processo e da mesma forma que no CAPS-ad, a pesquisadora foi convidada a participar de uma reunião da equipe dia 05 de junho de 2025. Também foi dado um espaço de fala e a pesquisadora apresentou os pontos centrais da pesquisa. Diferentemente do outro, não foi reservado o tempo para as trabalhadas/es responderem. Após esse dia a gestora informou que divulgou no grupo interno da equipe.

Quanto ao hospital psiquiátrico Allan Kardec (HPAK), o contato foi feito por e-mail com a gestora do local, no dia 13 de maio de 2025. Foram enviados o mesmo texto e o link. Se fazendo valer do papel de trabalhadora do SUS novamente, no dia 14 de maio, a pesquisadora enviou mensagem por Whatsapp para uma das assistentes sociais do HPAK, com quem tem

contato para discussões de rede. No dia 15 de maio foi recebida resposta do e-mail da gestora, apenas perguntando até quando que seria possível responder e pesquisadora sinalizou que seria até o dia 13 de junho. Do HPAK, não houve mais contato.

Ao longo do mês que o formulário ficou aberto, a pesquisadora enviou em alguns grupos, lembretes para participação e divulgação. Também foram feitos contatos individuais com algumas trabalhadoras/es das urgências e emergências que a pesquisadora tinha conhecimento.

No Plano Municipal de Saúde 2022-2025, constam, como rede conveniada de saúde, as comunidades terapêuticas. Esse ponto foi o mais emblemático da coleta. Por vezes, aventou-se excluí-las como posicionamento político e antimanicomial, mas ao mesmo tempo, havia a compreensão comprovada na prática cotidiana do trabalho que a PopRua acessa esses serviços. Para além disso, desde 2010 com o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, foi iniciado um repasse de dinheiro público para essas instituições.

> Em 2011, por meio da Portaria nº 3.088, o Ministério da Saúde institui a Rede de Atenção Psicossocial, na qual também incluiria como dispositivo as comunidades terapêuticas, em caráter de Regime Residencial, sendo que, no ano seguinte, em 2012, publicou a Portaria MS nº 131, que instituiu incentivo financeiro para municípios, estados e o Distrito Federal para apoiar a ampliação dessa rede. (CFP, 2018, p. 29-30)

Dada essa explanação e justificativa, o formulário foi enviado para as CTs que estão no município, mas são apenas duas, diferentemente do que é apontado no Plano Municipal de Saúde. Com uma das CTs conveniadas, a DCNOVI, foi feito um contato por mensagem, diretamente com a gestora no dia 14 de maio de 2025, foram enviados ofício e projeto para autorização da coleta por e-mail no dia seguinte e autorizado no mesmo dia por meio de resposta em ofício, conforme exposto no apêndice 5 e anexo C. Da mesma forma como nos CAPS, foi enviado texto com o link por mensagem de Whatsapp e pedido que ela encaminhasse a equipe, a própria gestora sinalizou que seria a melhor forma de contato. Foi dado o prazo até o dia 13 de junho para resposta.

Com a segunda instituição, NAREV, foi feito contato no dia 20 de maio de 2025 por meio de mensagem de *Whatsapp* para a assistente social. Em resposta a solicitação da trabalhadora, foi enviado e-mail com ofício e projeto de mestrado, conforme demonstra o apêndice 6. No entanto, não houve uma resposta, de maneira que o formulário não chegou a ser enviado para essa instituição.

Por fim, não foi possível mensurar até quantas unidades o formulário chegou de fato. Sabe-se que existem mais UBSs do que consta no Plano Municipal, mas não se sabe se chegou a todas.

Ao todo, a pesquisa teve 69 participantes, trabalhadores, que responderam ao formulário, mas é preciso destacar que um dos respondentes era trabalhador do Abrigo Provisório. A pesquisa quis forcar e foi divulgada somente na política de saúde do município, mas sabe que a temática poderia chamar a atenção de outros trabalhadores.

A análise e interpretação dos dados procurou levar em consideração uma visão dinâmica e totalizante da realidade (GIL, 2008). Para análise dos dados coletados foi usado como base a orientação de Minayo (2002; 2004) sobre as categorias empíricas que podem ter uma finalidade operacional prévia a coleta ou surgirem a partir do trabalho de campo. Este último é o que foi utilizado aqui. A autora refere que as categorias empíricas são operacionalizações de uma categoria analítica que está por detrás, a de representação social (MINAYO, 2004). As categorias empíricas a partir do ponto de vista dos atores sociais "[...] permite revelar condições empíricas mistificada, concepções peculiares do objeto e relações dinâmicas desse segmento no que diz respeito à sociedade e à natureza" (MINAYO, 2004, p. 53).

A mesma autora fala do quanto que é necessário o exercício de compreensão na análise qualitativa e para isso é preciso levar em conta as singularidades, subjetividades, mas entendendo que fazem parte de uma história coletiva, envolvida pelo grupo social (MINAYO, 2012). A pesquisa tinha como objeto o cuidado da RAPS do município com a População em Situação de Rua. Para falar de cuidado em Saúde Mental assim como de População em Situação de Rua, é preciso falar de muitos outros conceitos e de uma vasta história que aqui, com certeza, terá o que Minayo (2012) chama de compreensão "parcial e inacabada" (p.623).

A partir da coleta de dados, foi possível organizar três categorias que tentam compreender algumas relações: a primeira, a relação trabalhador/a com trabalho; a segunda, o trabalhador/a com usuário/a e território e, a terceira o/a trabalhador/a com a População em Situação de Rua. No final, ainda, foi feita uma reflexão sobre concepção de Saúde Mental dos trabalhadores da RAPS.

A texto aqui produzido está divido em cinco capítulos. Essa pesquisa, teve como cerne a pesquisa bibliográfica e documental, por isso muitos dos capítulos apresentam uma base teórica e uma reflexão desta autora sobre as temáticas. Esses capítulos ajudaram a pensar sobre as questões e indagações da pesquisa e a olhar para a realidade concreta, através da coleta de dados.

O capítulo 2: “Saúde mental na sociedade capitalista” procura discutir a relação da saúde mental com modo de produção capitalista e a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O capítulo 3: “Pessoas em situação de rua: estigmas e exclusões” trabalhara com os aspectos do fenômeno da PopRua, compreendendo-o como expressão da questão social e resultado de múltiplas determinações sociais que contribuem, inclusive, para os preconceitos e estigmas dessas pessoas na sociedade. Esse capítulo também abordará uma caracterização sobre o perfil da PopRua no Brasil. O capítulo 4: “Afinal, como e quem é Franca?” procura abordar a história do município, da RAPS e caracterizar a PopRua e, por fim, o capítulo 5: “O olhar dos trabalhadores: a População em Situação de Rua na RAPS de Franca” discutirá os dados da coleta com as/os trabalhadoras/es, através de gráficos, tabelas e falas.

CAPÍTULO 2. SAÚDE MENTAL NA SOCIEDADE CAPITALISTA

Padres e juízes e médicos e poetas e pesquisadores, contemplados
Com timidez devota um dia, hoje ela os coisifica como seus diaristas
Pagos, mandando ao médico os doentes, seus fregueses;
E este vende sua receita, enquanto o padre vende seu conforto.
Mercantilmente o guardião da propriedade, o juiz, distribui a lei.

(Bertolt Brecht, O Manifesto, 2003)

2.1 A saúde mental dentro da sociedade capitalista

Esse capítulo propõe analisar a compreensão da saúde mental em uma perspectiva materialista, entendendo ela com múltiplas determinações materiais, em olhar de fora para dentro e não de dentro para fora (Martín-Baró, 2017), trazendo alguns aspectos históricos de como ela foi abordada e tratada no modo de produção capitalista.

Saúde mental tem sido um tema emergente em vários espaços sociais, as redes sociais falam disso, há uma promoção de informações e discussões, seja de maneiras teóricas e respeitando o tema, seja de maneira sem conceito algum e apenas baseada no senso comum. O tema está aí no cotidiano. A Organização Mundial da Saúde (OMS), também preocupada, em pleno cenário pós-pandemia, publicou, em 2022, novo documento sobre a saúde mental dando algumas informações e direções que os países devem tomar para cuidar da saúde mental de suas populações. Não tem escapatória, o chamado para a discussão acontece, mesmo contra a vontade.

Para chegar na chamada saúde mental que tanto é propagada, é preciso contextualizar historicamente, pois ela nem sempre foi entendida como objeto de saúde ou a ser tratada por saberes técnicos. Vários significados já lhe foram atribuídos, como manifestação de entidades sobrenaturais ou bruxaria. A loucura, delírio ou desvio sempre estiveram no campo do incompreensível e/ou da filosofia, permeado por explicações místicas e culturais que se apoderaram por muito tempo deste campo. Este texto busca ir além, concordando com Costa (2023, p. 36): "(...) apreender como a loucura e o ser humano se produzem concretamente (...)". E entendendo que a loucura passou a ser um problema, um lugar de intervenção, inclusive da saúde, com o início do modo de produção capitalista (Lima,2023).

Resgatando as contribuições de Marx (2013), para compreender o ponto de partida e o contexto desta análise e entendendo que a loucura/saúde mental, tal como conhecemos hoje também podem ser colocadas como expressão da questão social. O autor aponta que a sociedade capitalista surgiu da estrutura econômica da sociedade feudal e que para isso foi preciso um

processo violento de separação entre "[...] trabalhador e a propriedade das condições de realização de seu trabalho, processo que, por um lado, transforma em capital os meios sociais de subsistência e de produção e, por outro, converte os produtores diretos em trabalhadores assalariados." (Marx, 2013, p.961). Para a criação de uma classe que venderia sua força de trabalho, foi preciso libertar os camponeses de suas obrigações com os feudos, mas os mesmos camponeses também não poderiam nelas estar, ser seus moradores ou proprietários. Eles seriam libertos em dois sentidos, não seriam parte da propriedade e nem os meios de produção lhe pertenceriam. (Marx, 2013). A esse processo o autor nomeou de Acumulação Primitiva.

Após a expropriação destes trabalhadores da terra, eles vão para as cidades venderem sua força de trabalho e constituindo um proletariado crescente. No entanto, o crescimento da manufatura não acompanhou a velocidade do crescimento dessa massa de trabalhadores e eles, então, começaram a constituir os chamados mendigos e vagabundos, submetidos a duras leis do Estado absolutista que os castigava, açoitava e encarcerava. (Marx, 2013).

> Assim, a população rural, depois de ter sua terra violentamente expropriada, sendo dela expulsa e entregue à vagabundagem, viu-se obrigada a se submeter, por meio de leis grotescas e terroristas, e por força de açoites, ferros em brasa e torturas, a uma disciplina necessária ao sistema de trabalho assalariado. (Marx, 2013, p. 983)

Neste momento, se inicia um processo de criação de superpopulação, fenômeno necessário para manter o salário, manter a lei da oferta e da demanda e necessário para que as próximas gerações de trabalhadores entendessem essa divisão entre trabalhadores e capital como algo natural, onde o trabalhador reconhecesse "[...] as exigências desse modo de produção como leis naturais e evidentes por si mesmas." (Marx, 2013, p. 983). De modo que as próximas gerações pudessem passar a vender sua força de trabalho voluntariamente, possibilitando a diminuição do uso da violência, tal como foi a do momento de expropriação da terra.

As cidades começaram a se constituir, o processo de expropriação e expulsão das pessoas do meio rural para o urbano foi longo e teve a ajuda do aparato estatal e legal. A exploração e extermínio das colônias: América, África e das Índias constituiu outro momento importante na acumulação primitiva, principalmente para o surgimento do capitalista industrial. Aqui, também através de escravidão, saqueio e assassinato de populações nativas, é visto como foi feito o uso da violência para ser engendrado o modo de produção capitalista. O capitalismo nasce na violência, na guerra, não foi um processo natural e transitório. Martín-Baró (2017) escreveu sobre os danos trazidos pela Guerra em El Salvador para a saúde mental de sua população e que pode ser levada em conta como uma reflexão sobre esses processos de violência do capital:

> [...] a deterioração da convivência social é, por si só, um grave transtorno social, uma piora em nossa capacidade coletiva de trabalhar e amar, de afirmar nossa peculiar identidade, de dizer nossa palavra pessoal e comunitária na história dos povos." (2017, p. 229)

Com o surgimento das duas classes, depois de um processo longo e debaixo de sangue: uma que detém os meios de produção e que acumula o capital e a outra que tem sua força de trabalho para vender e sobreviver (assalariados), o modo de produção feudal é superado e substituído pelo modo de produção capitalista.

Não se atendo a complexidade da composição do capital entre capital variável e capital constante, mas destacando que o "[...] crescimento do capital implica o crescimento de seu componente variável, ou seja, daquele componente que se converte em força de trabalho." (Marx, 2013, p. 836), entende-se que, de alguma maneira, a acumulação depende do trabalho assalariado (a força de trabalho). A acumulação do capital depende da produção de mais-valor que é sujeito à parcela de trabalho não pago, aquele que não custa ao comprador da mercadoria. "A produção de mais-valor, ou criação de excedente, é a lei absoluta desse modo de produção" (Marx, 2013, p. 841). O salário pode ter aumento, porém, na comparação com o todo do capital, esse aumento se mostra irrisório.

Com o aumento da produtividade e o aumento do capital constante, aquele que é empregado em maquinaria e matéria-prima, houve a diminuição relativa do salário, o capital variável. Para existir o mais-valor é necessária essa relação do capital com o capital variável, assim, se o capital precisa aumentar sua porcentagem em outro espaço, a porcentagem do componente variável irá diminuir. Quanto maior a acumulação do capital, maior a razão constante e menor a razão variável. (Marx, 2013).

Na medida que o capital cresce e o componente variável diminui ou tem um aumento relativo muito pequeno, o crescimento da massa de trabalhadores cresce mais acelerado, não sendo possível ser englobada na razão variável tão rapidamente. Assim, acontece o surgimento de "uma população trabalhadora adicional relativamente excedente, isto é, excessiva para as necessidades médias de valorização do capital e, portanto, supérflua." (Marx, 2013, p. 857). A esse excedente, Marx chamará de exército industrial de reserva, parte dos trabalhadores que está disponível para ser explorada a qualquer momento.

A acumulação do capital aumenta e se expande para diversas áreas, o que torna útil ter um excedente disponível para cobrir uma construção, por exemplo, ou qualquer trabalho a mais

que surja e gere capital. Dessa forma, “é preciso que grandes massas humanas estejam disponíveis para serem subitamente alocadas nos pontos decisivos, sem que, com isso, ocorra uma quebra na escala de produção alcançada em outras esferas. A superpopulação provê essas massas” (Marx, 2013, p. 859).

Na modernização da produção, cada vez mais aumentada, a expropriação e exploração são intensificadas e com isso o capital vai crescendo em velocidade que nem sempre o crescimento populacional seria capaz de acompanhar com um crescimento populacional natural, vindo a necessidade e a criação de meios que superem essas barreiras naturais. Aqui talvez demonstre uma pista sobre a modernização da saúde, sua criação enquanto área de conhecimento, o aumento de tecnologia e da expectativa de vida das pessoas como consequências das necessidades da acumulação do capital.

> À produção capitalista não basta de modo algum a quantidade de força de trabalho disponível fornecida pelo crescimento natural da população. Ela necessita, para assegurar sua liberdade de ação, de um exército industrial de reserva independente dessa barreira natural. (Marx, 2013, p. 862)

O excedente populacional se torna importante para manter a acumulação do capital, pois são esses trabalhadores que evitarão a interrupção do processo produtivo em caso de alguma escassez ou possível crise. O capital precisa manter o excedente de trabalhadores desempregados e disponíveis, inclusive, aptos para o trabalho.

O que acontece em conjunto ao crescimento desse exército é o aumento da produtividade por trabalhador. Nem sempre o crescimento do capital variável é um aumento de trabalhadores, pode ocorrer um aumento de trabalho por empregado, com certo acréscimo no salário, denotando a possibilidade de um crescimento tímido do componente variável, mas mantendo ou diminuindo o número de empregados. As possibilidades, então, são de que o mesmo capital variável pode explorar mais trabalho dos trabalhadores empregados ou então diminuir o valor da força de trabalho e explorar mais trabalhadores por um menor valor. Um capital de mesmo valor: “[...] compra mais forças de trabalho ao substituir progressivamente trabalhadores mais qualificados por menos qualificados, maduros por imaturos, masculinos por femininos ou adultos por adolescentes ou infantis” (Marx, 2013, p.863).

A massa excedente se torna uma pressão aos trabalhadores empregados que estão sobrecarregados. E a sobrecarga de trabalho, ao inverso, aumenta o exército industrial de reserva. Essa é a relação que determina as flutuações do salário. O excedente de trabalhadores se torna tão importante ao capital que faz parte integrante do sistema produtivo, tanto quanto os trabalhadores empregados.

> Nos períodos de estagnação e prosperidade média, o exército industrial de reserva pressiona o exército ativo de trabalhadores; nos períodos de superprodução e paroxismo, ele barra suas pretensões. A superpopulação relativa é, assim, o pano de fundo sobre o qual se move a lei da oferta e da demanda de trabalho. (Marx, 2013, p. 867)

A superpopulação relativa, conforme Marx (2013), não é homogênea. Existem três grupos que a compõe: a forma flutuante que constitui uma parcela de população específica que emigra, seguindo o capital. Como exemplo do autor, homens jovens são ocupados na maquinaria de industrias, mas parte da população que migrou junto com a indústria, a de idade mediana, é dispensada por não ter as características necessárias para a contratação e a mesma acaba se constituindo como massa sobrante que migra para outros locais conforme surgimento de locais de trabalho.

A segunda é população, sob a forma latente, é formada pelos trabalhadores rurais que são expulsos, com o desenvolvimento da manufatura e crescimento do capital, do meio rural. Essa população, sem trabalho, vai para o espaço urbano pronta para se juntar ao proletariado, está sempre atenta a estes fluxos migratórios, e por depender diretamente da possibilidade de trabalho, se constitui, hora ou outra, como parte do pauperismo. (Marx, 2013; Silva, 2009).

A terceira é a superpopulação estagnada composta por pessoas em ocupações irregulares, são os trabalhadores ativos com condições abaixo do nível da classe trabalhadora. Marx (2013) aponta que é uma população que cresce sob condições precárias, pois seu salário é cada vez menor. “Geralmente cumpre uma extensa jornada de trabalho, recebe pequenos salários e não tem garantias de proteção social decorrente do desenvolvimento de suas atividades laborais (...)” (Silva, 2009, p. 100).

É possível ver precarização e condições abaixo da classe trabalhadora nessas três formas da superpopulação, mas há ainda uma mais abaixo da superpopulação relativa. O chamado pauperismo compõe a esfera mais abaixo dessa massa de trabalhadores sobrante que é composta por aqueles que são aptos ao trabalho, como os órfãos e filhos de indigentes, e por aqueles incapacitados para o trabalho, seja pela idade, por acidentes de trabalho e condições outras que impedem de compor o proletariado. “O pauperismo constitui o asilo para inválidos do exército trabalhador ativo e o peso morto do exército industrial de reserva. ” (Marx, 2013, p. 874).

Assim, a chamada lei geral da acumulação capitalista é constituída pela razão direta entre crescimento do capital, força produtiva de trabalho e crescimento do exército industrial de reserva. Outra importante razão direta é: quanto maior o exército industrial de reserva, maior o pauperismo e as camadas mais precárias da superpopulação relativa.

Se esse excedente, o exército industrial de reserva é consequência e é necessário ao modo de produção capitalista, ele também trouxe importantes questões de organização social na nova sociedade. O quadro das cidades sofreu importantes modificações dado o acúmulo de pessoas em um mesmo espaço e uma concentração de pessoas em condições de pobreza, os aqui já nomeado mendigos e vagabundos passaram a ser uma problemática e o Estado, o dado Estado burguês, se viu obrigado a pensar, atuar e realizar políticas voltadas a este excedente populacional que se formava nas cidades.

Talvez pareça matéria antiga, mas esse excedente populacional é uma problemática atual e urgente, mesmo com as diferentes formas de trabalho e novas nomenclaturas que foram surgindo. Palavras chave como precarização do trabalho, pobreza e exclusão social ainda são temas que se constituem enquanto matéria de estudos de muitas ciências e é campo de atuação das políticas públicas, portanto, do Estado.

Tomando, apenas a título de exemplo, a modificação ocorrida na estrutura social da Inglaterra, Rosen (1979), estudioso da história da saúde e da medicina menciona que no século XVI, o país foi marcado por políticas de Estado voltadas para o aumento da pobreza no país. Por exemplo, a lei de 1601 do reinado da Elizabete que "[...] pretendia socorrer os 'aleijados, fracos, velhos, cegos e outros que sejam pobres e incapazes para o trabalho'. " (Rosen, 1979, p. 192).

A criação dos hospitais é anterior e remonta a Idade Média. Conforme Amarante (2007), o hospital era uma instituição de caridade, onde não havia uma intervenção propriamente em saúde, mas tinha como fim o abrigamento e assistência religiosa aos pobres, miseráveis e mendigos. O nome hospital vem de 'hospitalidade' ou 'hospedagem' do latim, apontando que seu surgimento nem sempre foi ligado ao cuidado em saúde, mas a um espaço de abrigar e talvez, enclausurar pessoas.

A referida lei de 1601, a lei dos pobres, levou com ela inicialmente essa ligação com a assistência religiosa aos miseráveis, porém com o tempo, incluiu, sem deixar de lado o caráter da caridade, a assistência médica e de enfermagem (Rosen, 1979). Muitos membros do clero faziam a assistência e dispensação de medicamentos. O problema da pobreza foi debatido por teóricos, políticos e religiosos ao longo de mais ou menos dois séculos, onde ocorreram propostas como criação de hospitais para isolamento de pestes, tratamento de doenças agudas e criação de maternidades, propostas estas que visavam a diminuição da mortalidade, aumento da expectativa de vida e consequente aumento da classe trabalhadora. "As ideias concernentes

aos problemas sociais da saúde surgiram principalmente de um outro aspecto do problema do pobre, isto é, do desejo de colocar o pobre para trabalhar" (Rosen, 1979, p. 207).

Foi no século XVIII que surgiram os primeiros hospitais gerais enquanto lugares de saúde e de saberes como o da medicina, e não com funções de caridade e de controle social como de início. Amarante (2007) conta que nessa transição de um hospital albergue para um hospital lugar de tratamento médico, muitas pessoas foram libertadas do enclausuramento por estarem no local pelo poder do Estado ou do judiciário. Contudo, também neste momento, foram criadas novas instituições que dariam conta de outras demandas, como os orfanatos, reformatórios, escolas normais e centros de reabilitação.

A assistência a loucura seguiu nesta mesma lógica. Ocorreu até o século XII o "enclausuramento em asilos de mendigos, desempregados e pessoas sem teto (...)" (Desviat, 2015, p.21). Desviat (2015) demonstra um pouco quem eram os presos nos hospitais Gerais na França, hospital ainda com características de um abrigo:

> Os mendigos e vagabundos, as pessoas sem domicílio, sem trabalho ou sem ofício, os criminosos, os rebeldes políticos e os hereges, as prostitutas, os libertinos, os sifílicos e alcoólatras, e os loucos, idiotas e maltrapilhos, assim como as esposas molestas, as filhas violadas ou os filhos perdulários, foram, através desse procedimento, convertidos em iníquos, e até transformados em invisíveis. (Dorner, 1974 apud Desviat, 2015, p. 21)

Dado que todos os pobres e os que não trabalhavam eram uma preocupação ao capital e ao Estado, e ainda o são, justamente por não trabalharem, estes foram alvos de políticas de exclusão e de higiene das cidades em surgimento. Os tidos como alienados, desviantes ou loucos estavam juntos com essa massa de pessoas que deveria ser isolada.

A loucura deve ser colocada em seu contexto social para ser definida, para ser entendida como tal. Conforme Rosen (1979), o limite entre o normal e o anormal nem sempre é simples de ser estabelecido, pois é a sociedade que designa o comportamento desviante ou loucura.

> As pessoas em uma dada comunidade ou grupo social tendem a avaliar o comportamento daqueles com quem entram em contato e interagem no cotidiano a partir de alguma concepção do normal baseada em critérios culturais. Isto se aplica não somente aos psicóticos evidentes, mas também a indivíduos que não tem comportamentos tão extremamente aberrante. (Rosen, 1979, p. 51)

O surgimento dos hospitais, do saber científico e da assistência médica também influenciou o tratamento que seria dado aos então loucos. Um importante nome e conhecido como fundador da psiquiatria foi Philippe Pinel. Com seu Tratado Médico-Filosófico sobre a

Alienação Mental ou a Mania, ele escreveu o primeiro manual em psiquiatria na história (Amarante, 2007).

Segundo Amarante, Pinel propôs que os loucos deveriam ser liberados das correntes nas quais estavam amarrados em suas internações nos hospitais gerais e propôs que os mesmos deveriam ser isolados para seu tratamento, em instituições terapêuticas. Este foi o início do Tratamento Moral e a criação dos manicômios ou asilos, como eram chamados pelos primeiros alienistas (psiquiatras da época). Cunhou-se o termo alienação mental para aqueles que deveriam utilizar-se desse tratamento, aqueles que teriam "[...] um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade objetiva do indivíduo perceber a realidade" (Amarante, 2007, p. 30). Se o problema do alienado estava nas paixões e na percepção alterada da realidade, isolá-lo deste externo perturbador seria seu tratamento.

A psiquiatria constituiu-se como uma especialidade médica que iria descrever e curar o alienado e, nas palavras de Desviat (2015), "Para curá-los era preciso confiná-los, interná-los em lugares apropriados" (p. 23). Além da cura, a psiquiatria tomou para si a função de tutelar essas pessoas que foram tidas como perigosas, pois eram colocadas como irresponsáveis, tendo em vista que não se adequavam as leis e códigos que a sociedade de classes impunha. Neste sentido, a psiquiatria tornou-se importante aliada do direito, pois retirava do convívio estes desviantes que não poderiam responder por si e que perturbavam a burguesia e a ordem social. (Desviat, 2015).

"Loucos, criminosos, alcóolatras, revolucionários e artistas ficaram sob suspeita de sofrerem distúrbios mentais degenerativos. " (Desviat, 2015, p. 24). Além da busca da cura, de serem perigosos, foi atribuído a essas pessoas um aspecto degenerativo, ou seja, a doença mental foi se tornando grave e crônica. Toda a justificativa e o ideário em volta da loucura (louco, doente e perigoso) foi se estabelecendo para que ele fosse mantido em isolamento e sob os cuidados da ciência da psiquiatria.

Marx (2023) afirma em uma publicação jornalística para o New-York Daily Tribune, no ano de 1858: "Não há, talvez, fato mais bem estabelecido na sociedade britânica do que o correspondente crescimento da riqueza moderna e do pauperismo. Curiosamente, a mesma lei parece valer com respeito à loucura" (2023, p.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 asilos.

Ele conta que havia 37 asilos no país, naquele momento, e traz algumas pistas de ser um lugar precarizado para onde apenas eram levados os pobres, apesar de este ser o espaço para o tratamento e não mera custódia do louco pobre. Os asilos tinham uma construção extensa para ser devidamente fiscalizada "(...) superlotados, carentes de separação cuidadosa das diferentes classes de pacientes, e ainda assim incapazes de acomodar aproximadamente mais da metade dos loucos pobres" (2023, p. 243). Nos locais onde não tinha asilo ou por superlotação destes, o autor relatou que os pobres loucos eram jogados nas casas de trabalho, "(...) as juntas paroquiais estão transformando cada vez mais as *workhouses* não apenas em asilos para loucos, como em asilos com carência no atendimento, no tratamento e na fiscalização (...)" (2023, p. 246). Enquanto, para as classes mais altas, existiam as residências privadas que ele chamou de "retiros confortáveis" (2023, p. 244).

Marx traz um cenário onde os grandes asilos já estavam superlotados ou não davam mais conta da demanda da Grã-Bretanha, enquanto as *workhouses* estavam sendo transformadas em pequenos asilos com condições extremamente precárias.

> No Asilo da Enfermaria de Norwich, os leitos até mesmo dos doentes e enfermos eram de palha. O piso de treze pequenos cômodos era de pedra. Não havia descargas. A vigília noturna do lado masculino foi interrompida. Havia uma grande carência de cobertores, de toalhas, de flanelas, de coletes, de lavatórios, de cadeiras, de pratos, de colheres e de refeitórios (Marx, 2023, p.247)

Se os asilos eram destinados aos "curáveis", as *workhouses* eram aos "controláveis". Com a superlotação do primeiro, o segundo passou a ser destinado aos "inofensivos". Aqui há pistas de um encontro entre o acúmulo de capital, o exército industrial de reserva e a loucura.

Este é apenas um exemplo da modificação que a Europa foi sofrendo com surgimento do modo de produção capitalista. Houve a transição de um hospital albergue para um hospital médico e, entre as especialidades médicas, surgiu o alienista ou o psiquiatra. Dentro da psiquiatria, o manicômio se fez como espaço de tratamento e de ciência, no entanto, se aproximou de um hospital albergue para onde os incontroláveis eram levados.

O manicômio, desde seu surgimento, é colocado em xeque por sua função na sociedade. Funções essas que Desviat (2015) descreve como:

> Em primeiro lugar, uma função médica, terapêutica, cuja eficácia foi questionada desde muito cedo. Em segundo lugar, uma função social: o manicômio, desde suas origens, converteu-se num refúgio para loucos pobres, necessitados de um ambiente protegido de vida, ou tutelar. Por último, havia uma função de proteção da sociedade, perante um grupo populacional que geralmente era impossível de classificar por meio da psicopatologia ou da psiquiatria, que transitava no limite da legalidade e cuja forma de vida não costumava ser aceita pela maioria. (Desviat, 2015, p. 25)

O mundo pós-revolução industrial modificou o conceito de saúde como um todo e o campo da saúde passou a adotar um modelo de intervenção que tinha por objetivo fazer com que o trabalhador fosse mais produtivo, focando no "(...) biológico, no somático, no corporal, mas no corpo que trabalha" (Nunes, p. 20, 2012). Aqui se inicia tencionamentos que vem até os dias atuais, não só no campo da saúde mental, mas na saúde em geral.

Na segunda metade do século XIX, a medicina social surge e começa a fazer um contraponto a essa perspectiva biologicista, sendo este o início de uma noção de saúde em uma perspectiva social. Após a Segunda Guerra Mundial, essa perspectiva social da saúde foi incorporada pelas organizações mundiais, sendo um momento histórico propício para a ascensão do debate sobre as determinações da saúde em contraposição ao já bem estabelecido modelo médico. "Instala-se a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando atalhos comunitários" (Nunes, p. 22, 2012). Nesse contexto, surgem várias escolas de pensamento que estudam o que foi denominado como "determinação social do processo de saúde e doença." (Campos, p. 47, 2012), tendo como principal ator no âmbito brasileiro, a Saúde Coletiva com todos os movimentos que a compuseram.

É nesse pós-guerra que surgem muitas das experiências de Reformas Psiquiátricas na Europa. Foram muitas experiências antimanicomiais que surgiram século XX, desde as comunidades terapêuticas inglesas à psiquiatria de setor e à própria psiquiatria democrática italiana. Todas com a busca por uma necessária negação da realidade do manicômio e o entendimento que a cura vem pela liberdade (Basaglia, 1985).

Neste momento, vou dar destaque as reflexões trazidas por Basaglia (1985), revolucionário contra o fascismo italiano e um nome importante da reforma psiquiátrica italiana, com a Psiquiatria Democrática, teve e tem forte influência nos movimentos da luta antimanicomial brasileiros, colocou a estrutura do manicômio como uma amostra das instituições de violência que compõem uma sociedade dividida entre os que detêm os meios de produção e os que não tem; entre os bons e os maus; os sãos e os loucos. Assim, "(...) a autoridade paterna é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na ameaça e na vingança; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental." (1985. p.101)

O autor (1985) analisa que a sociedade atual precisou de um mandato, precisou criar instituições sob o pano de fundo da técnica para esconder suas contradições mais evidentes e onde foram criadas novas formas de violência: a violência técnica. Dado que, quanto maior a riqueza, maior a pobreza e maior a loucura, os manicômios foram exemplos desses espaços de

violência que tem na figura da psiquiatria a sua centralidade. Esse lugar para o cuidado da loucura passou a ser um lugar de esconder o que a sociedade não poderia ver ou ser mostrado. Tanto o foi assim, que os próprios alienistas do século XIX, principalmente os franceses, começaram a questionar o quão o tratamento moral era de fato um tratamento, pois no lugar onde o cuidado deveria ser individualizado, cada médico era responsável por quatrocentos a quinhentos pacientes (Desviat, 2015).

Não tem como analisar o manicômio e como a loucura se insere nesse contexto, sem levar em conta a sociedade de classes. A loucura, teve diversos significados, mas ao se falar de uma sociedade dividida, que produz acúmulo de capital de um lado e pobreza extrema de outro, a loucura se mostra como consequência dessa organização, ela é um sintoma social entre os muitos que esta sociedade produz (Marx, 2006). Portanto, falar de causas da loucura é falar das determinações sociais, dos "[...] defeitos da sociedade [...]" (Marx, 2006 p.44). E ao falar de tratamento, não é o saber médico que estabelecerá uma abordagem ou uma técnica com bons resultados em relação à loucura, mas antes a própria sociedade capitalista é quem determinará as intervenções diversas. (Basaglia, 1985).

O que foi modificado no período de transição de albergues para os saberes especialistas é que a ciência passou a falar sobre o louco ou o desviante e colocá-lo como um objeto, um corpo que tem alterações biológicas e que deve sofrer alguma intervenção apropriada. O surgimento da ciência psiquiátrica e das ciências ditas psis, aqui é possível incluir a psicanálise e posteriormente a psicologia, colaboraram para objetificar (reificar) um corpo supostamente doente, passou-se a catalogar, a definir, diagnosticar e a buscar explicações no inconsciente ou em instâncias como a mente e o pensamento para tais enfermidades. Passou-se a

> [...] considerar a saúde e o transtorno enquanto manifestações que surgem 'de dentro para fora' e que caracterizam, respectivamente, a sanidade ou a insanidade do funcionamento próprio de um indivíduo que é regido, essencialmente, quando não exclusivamente, por leis interna. (Martín-Baró, 2007, p. 224)

Toda essa ciência especializada no mental colaborou para que houvesse uma adaptação, uma pacificação imposta aos diferentes e uma redução do "(...) conflito entre o excluído e o excludente através da confirmação científica da inferioridade original do primeiro relativamente ao segundo. " (Basaglia, 1985, p.102).

Mas o louco não se tornou somente responsabilidade do manicômio ou das ciências psis, ele também se tornou objeto de trabalho do judiciário. Se a ciência médica se propôs a explicar e curar, colaborando para sua estigmatização, o direito colocou essas pessoas nas instituições, tornando-os sujeitos sem direitos e submetidos a tutela médica (Basaglia, 2010). Dentro dessas

instituições eles foram submetidos a um poder que os colocou todos como iguais, destruindo histórias e tornando-os em objetos de intervenção e de violência. Foram transformados em seres a-históricos, a-contraditórios e pacíficos, excluídos de uma sociedade que não quer vê-los e forçados a aceitar sua condição na sociedade. Basaglia (1985, p.108) questiona:

> Não seria mais adequado concluir que estes doentes, devido exatamente ao fato de serem sócio-economicamente insignificantes, são vítimas de uma violência original (a violência de nosso sistema social) que os joga para fora da produção, à margem da vida em sociedade, confinando-os nos muros do hospital?

As desigualdades raciais, de gênero, de classe e tantas outras, cada qual com a sua própria trajetória histórica, são parte integrante de uma sociedade que pressupõe diferenças para se manter acumulando capital. As pessoas jogadas nos manicômios não são, de fato, excluídas, mas sim incluídas com base em rótulos como o do louco, inapto, desviante e violento. Classificações essas dadas pela própria sociedade do capital. São parte integrante do excedente populacional e por vezes, incomodam, atrapalham e acabam sendo alvo intervenções de controle e violência do Estado, de políticas tutelares e/ou de caridade.

O manicômio deu à medicina e posteriormente às ciências da saúde, o mandato de isolar essas mesmas pessoas, estudar e ter a pretensão de curá-las. “O ato terapêutico revela-se um ato político de integração, na medida que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, a reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara” (Basaglia, 1985, p. 113). Ele se fez parte integrante do modo de produção capitalista e a sua existência vai se justificando com um ideário ao redor da loucura, entre a compaixão e o medo, entre a assistência e a segurança, ideário que permanece até a atualidade e que extrapola para muitos grupos, como para usuários de substâncias psicoativas e população em situação de rua.

A tarefa de substituir o manicômio está em jogo até os dias atuais, por conta de seu significado não ser somente o de assistir ao doente, mas de controlá-lo, o manicômio não é somente uma estrutura física, ele se constitui em práticas e funções nessa sociedade. Um exemplo desse controle da loucura é a medicalização da vida e popularização de diagnósticos psiquiátricos.

> O novo psiquiatra social, o psicoterapeuta, o assistente social, o psicólogo de indústria, o sociólogo de empresa (para citar só alguns) são os novos administradores da violência no poder, na medida em que, 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. (Basaglia, 1985, p. 102)

Como tratar, como incluir e como ser antimanicomial dentro desse modo de produção capitalista?

> [...] Nosso sistema social, longe de ser um regime econômico de pleno emprego, não tem nenhum interesse em reabilitar o doente mental que não poderia ser recebido por uma sociedade que nem sequer resolveu plenamente o problema do trabalho e de seus membros sãos. (Basaglia, 1985, p. 118)

O manicômio permanece na cultura e nas representações da loucura, permanece na assistência ao abuso de drogas e permanece nas respostas repressivas e tutelares do Estado. O manicômio está presente nas práticas técnicas e ainda é parte integrante do capitalismo e do capitalismo no seu formato atual. Dado tudo isso, será possível falar em uma assistência à saúde mental nessa organização de sociedade?

O desafio é, então, como oferecer uma assistência humanizada e menos alienada dentro de um sistema que coisifica e aliena as pessoas e as relações (COSTA, 2023). É preciso sair do manicômio, mas também é preciso que todo o aparato de desumanização que vem junto com o manicômio saia da sociedade.

2.2 O contexto brasileiro: manicômio, luta antimanicomial e RAPS

Há muitos caminhos que podem ser escolhidos quando se fala de saúde mental no contexto brasileiro e sempre será deixado algo para trás. Foi escolhido, neste estudo, acompanhar a história de um movimento coletivo organizado, o Movimento da Luta Antimanicomial. Importante apontar que a Saúde Coletiva, área de estudo que visa promover, proteger e recuperar a saúde das populações, surge no Brasil a partir da organização de movimentos sociais e escolas que destacaram como a organização social, política e econômica influenciam na organização sanitária do território e de um tempo (CAMPOS, 2012), influenciou não só o movimento de Reforma Sanitária Brasileira da década de 1980, mas o da luta antimanicomial que levou a Reforma Psiquiátrica. O contexto histórico da redemocratização do país foi um momento profícuo para os movimentos sociais e lutas coletivas, bem como de pensar em um modelo de saúde diferente. Dentro dessa luta mais ampla, o movimento da Reforma Sanitária defendia que a saúde deveria ser assegurada pelo Estado, que deveria atuar em função das necessidades da sociedade (BRAVO, 2009).

A formação social brasileira foi marcada pelo período de escravização de povos negros, retirados e vendidos como não-humanos. Se na Europa, o capitalismo explorava a força de trabalho expropriada, no Brasil, enquanto colônia, utilizou-se do trabalho escravo para

expansão e dominação do capitalismo (Santos; Sarreta; Guilherme, 2023). Foi justamente, com o final da escravidão no século XIX que surgiu o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro, o hospício Dom Pedro II foi inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro. Foi nesse período que o racismo ganhou contornos científicos quem influenciaram, inclusive, na psiquiatria e na criminologia brasileira (Passos, 2023).

> O terror e a truculência naturalizada em terras brasileiras compuseram-se pela justificativa de saberes psiquiátricos eugênicos e criminológicos, afirmando que a população negra é ontologicamente desviante, perigosa e sem razão (Passos, 2023, p. 55)

Os saberes científicos da psiquiatria brasileira tinham funções de controle da massa de trabalhadores sobrante, mas sobretudo controlar e jogar em instituições as pessoas negras ex-escravizadas. Eram loucos e perigosos que foram (são) encarcerados e internados nos manicômios.

A psiquiatria brasileira também tinha como bases, uma perspectiva biológica, principalmente através da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) que divulgava e justificava o eugenismo e o higienismo (Passos, 2023). O racismo que orientava a liga era baseado nos supostos altos índices de prevalência de doença mental, sífilis e alcoolismo em populações não brancas (David, 2023). Essa foi a base para a defesa da embranquecimento através da miscigenação da população brasileira.

> Amparados pelo caráter científico da higiene mental e da eugenia, ações profiláticas, preventivas e restritivas foram utilizadas de formas com o intuito de "aperfeiçoar" a genética populacional. Vimos como a ideia de raça "pura", tão utilizada em países europeus, precisou ser revista e adaptada às condições brasileiras. [...] Para evitas o descontentamento dos ideais de uma raça superior, a mistura racial foi bem aceita e encarada com certo otimismo. (Serra &Scarcelli, 2014, p. 94 *apud* David, 2023, p. 68)

Emiliano Camargo David (2023) conta que não é ao acaso que a imagem do "criolo doido" ou da "nega maluca" foram difundidas, elas vêm dessas teorias racistas que embasaram muitas das ciências no Brasil. Inicialmente com um viés puramente biológico, mas também social com o advento da ideia de democracia racial a partir dos anos 1930, numa tentativa de negar a cor, negar a raça e afirmar que não havia disparidades. Apesar dessa ideologia, no livro "Holocausto Brasileiro" de Daniela Arbex, de 2013, a cor mais percebida pelas fotos das pessoas que viviam no manicômio de Babarcena, era negra.

Até a década de 60, informações sobre os manicômios e quantitativo de pessoas negras internadas foi praticamente inexistente, dada a ditadura militar (David, 2023). E foi justamente

no período da ditadura que surgiu o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), em meio a uma crise da então Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Houve, assim, a formação de um importante "sujeito coletivo organizado" (Assis, 2019, p.91) que será mais aprofundado nesse texto.

Falar de Luta antimanicomial no Brasil é, antes, contar sobre um movimento de trabalhadores. O movimento reivindicava melhores condições de trabalho, com salários mais justos, registro em carteira, formação adequada, críticas ao autoritarismo das instituições e ao modelo de assistência que era dado à saúde mental (Amarante, 1998). O MTSM nasce em um período histórico que borbulhava movimentos sociais, de combate à ditadura e democratização do país que originaram, por exemplo, o movimento da Reforma Sanitária. Como aponta Vasconcelos (2012, p. 58), "Tivemos, na fase final da ditadura militar, entre 1978 e 1984, e também ao longo da década de 1980, no período da redemocratização, a emergência e a fase áurea, mais combativa e criativa dos movimentos sociais populares no Brasil".

Congressos e encontros de trabalhadores foram sendo tomados pelos debates. Posições contrárias a precarização do trabalho e da ciência, bem como a lógica de mercado foram sendo debatidas e combatidas.

> [...] onde tanto profissionais quanto clientela estão submetidos a processos de exploração, com a proletarização de setores médicos e a agudização do mau atendimento dispensado à população. A universidade é denunciada pela perda de seu caráter crítico para o utilitarismo, advindo das pressões do mercado da saúde. (Amarante, p. 56, 1998)

Este movimento teve algumas referências internacionais e foi se construindo a partir delas. Válido apontar que, no mundo, ocorreram muitas mobilizações e experiências alternativas ao modelo asilar-manicomial, realizadas por diversidade de grupos e propostas. Seguindo a explicação e divisão proposta por Amarante (2005), entre algumas dessas experiências estão as Comunidades Terapêuticas e Psicoterapira Institucional, experiências como a de Maxwell Jones e do próprio Franco Basaglia no hospital de Gorizia são exemplos de tentativas de gerir o hospital por dentro, como auto-gestão, assembleias internas, enfim a proposta era de que o modelo de gestão hospitalar era falho e, portanto, deveria ser revisto. A Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva foram outras experiências que acreditavam que o hospital deveria ser desmontado a partir da construção de outros equipamentos, como hospitais-dia, centros de saúde.

Por fim, no terceiro grupo estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria democrática que propunham mais que uma reforma, um modelo de atuação, colocavam em questão todo o

modelo cientifico da psiquiatria. A Antipsiquiatria, por exemplo, compreendia que a doença não era um objeto natural em si como uma condição do corpo e da mente, mas era uma experiência do sujeito estabelecida nas relações da sociedade. A Psiquiatria Democrática tem como principal modelo a atuação de Franco Basaglia e depois Franco Rotelli em Trieste, na Itália, que consistiu simultaneamente em um fechamento e organização de serviços substitutivos do manicômio, mas não em um sentido de serviços coexistirem, o que existiu foram centros de saúde mental territorializados que eram os responsáveis por "(...) assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território. " (Amarante, 2005, p. 57).

O movimento da Psiquiatria Democrática e da Antipsiquiatria, das correntes mais críticas foram os principais influenciadores para o movimento de trabalhadores brasileiros. Basaglia, Felix Guatarri, Erwing Gogffman estiveram no Brasil na década de 70, 80 em Congressos do MTST (Amarante, 1998).

O movimento de trabalhadores foi ganhando corpo, fazendo congressos nacionais e sendo conhecido no país. Amarante (1998) aponta duas principais características deste movimento, a de não ser cristalizado, institucionalizado, como uma estratégia de resistência à institucionalização do saber e da prática psiquiátrica. Um movimento que está combatendo, justamente, institucionalizações, autoritarismos e práticas de repressão não poderia ser fechado dentro de um aparato burocrático e político.

E outra característica é de procurar ser um movimento plural,

> [...] tanto no que diz respeito à sua composição interna, com a participação de profissionais de todas as categorias, assim como de simpatizantes não técnicos da saúde, quanto no que se refere às instituições, entidades e outros movimentos nos quais atua organizadamente. Por um lado, a opção por ser um movimento com tal característica permite desvencilhar se dos problemas políticos e administrativos de ser uma entidade de corporação, com a luta política e o programa estreitamente vinculados aos interesses de uma categoria ou conjunto de categorias em específico. Desta forma, o MTSM é o primeiro movimento em saúde com participação popular, não sendo identificado como um movimento ou entidade da saúde, mas pela luta popular no campo da saúde mental. (Amarante, 1998, p. 59)

Essa forma de organização popular permitiu ao MTSM também uma atuação própria, diferente da atuação sindical, por exemplo.

> [...] a atuação do movimento pode ocorrer sob sua própria identidade, mas, também, no interior de outras organizações políticas, tais como o CEBES, os sindicatos das categorias da saúde e de outras categorias, as associações de médicos residentes, asassociações médicas, os Conselhos (CRM, CFM, CRP, CFP, CREFITO, CRAS etc.) e Ordens (OAB), a ABI, as associações comunitárias, de familiares e/ou de

> psiquiatrizados (como é o caso da SOSINTRA , no Rio de Janeiro), as Pastorais da Saúde, dentre outras em menor escala e por menor tempo. (Amarante, 1995, p. 59)

Conforme Amarante (1998), o movimento cresceu e foi se envolvendo em processos de gestão da assistência em saúde mental, com muitos embates e um borbulhar de crises e reorganização. Ocorreu um momento de co-gestão entre Assistência Social e Ministério da Saúde, o início de abertura dos grandes hospitais colônias, iniciando o Hospital Dia, um atendimento mais ambulatorial e muitos embates com outras organizações da psiquiatria. O MTSM teve uma atuação importante em ser propositivo e formador de quadros na política, por isso, até 1985, muitas chefias estaduais e municipais de saúde mental, bem como de hospitais públicos, foram ativistas do movimento que buscavam "(...) uma substituição de uma prática psiquiátrica conservadora ou voltada para interesses privados, por uma ação política de transformação da psiquiatria como prática social" (Amarante, 1998, p. 70).

Os embates dentro do campo da Saúde Mental sempre existiram. Entre 1985 e 1987, plenos anos finais de Ditadura Militar no Brasil, momento em que o país foi sendo rediscutido e repensado borbulhou de embates. Um marco importante do período foi a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 que mudou a característica dessas conferências, pois deixou de ser um evento técnico e burocrático, foi aberta à comunidade, movimentos sociais, partidos políticos. Sai dessa conferência, propostas de conferências temáticas e o MTSM que já tinha muitos encontros nacionais ou regionalizados de trabalhadores acumulados, saiu com a proposta de realizar a I Conferência Nacional de Saúde Mental.

Amarante (1995) descreve os impasses desse período, pois de um lado o MTSM, em consonância com a 8ª Conferência e todo movimento de criação do SUS queria construir uma conferência política, popular e propositiva, de outro, a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) queriam propor uma conferência técnico-cientifica.

Enfim, em junho de 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, convocada pela DINSAM e ABP, palcos de embates, pois a plenária rejeitou o regulamento "(...) que tentava impor aos participantes um evento de caráter técnico e congressista." (Amarante, 1995, p. 80). Porém, esse momento tem importância pelo encontro do MTSM com movimentos de usuários e familiares. Esse encontro permitiu uma renovação no MTSM, permitiu repensar a atuação do movimento, desatrelando-o do Estado e foi nessa conferência que a saiu a proposta do II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental.

Nesse encontro nasceu também, o histórico lema “Por uma sociedade sem manicômios” que significa muito mais que um reordenamento e/ou um fechamento de instituições,

> Significa um rumo para o movimento discutir a questão da loucura para além do limite assistencial. Concretiza a criação de uma utopia que pode demarcar um campo para a crítica das propostas assistenciais em voga. Coloca-nos diante das questões teóricas e políticas suscitadas pela loucura. (Amarante, 1995, p.80)

Finalmente, em dezembro de 1987, foi realizado o II Congresso, na cidade Bauru. Esse momento se tornou um marco para o movimento, pois simbolizou um retorno às premissas do MTSM, ao caráter crítico e de transformação da sociedade. Este momento fundou, enfim, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA) que ampliou a atuação para além dos trabalhadores, mas junto com usuários e familiares, aproximando o movimento da sociedade, tendo como norte e defesa, a reforma psiquiátrica democrática e popular (Assis, 2019).

> Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agente da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeitam os mínimos direitos da pessoa humana, inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos.
> O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.
> 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 direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida. (Manifesto de Bauru, 1987)

O movimento não lutava apenas por uma modernização da assistência e de suas instituições, mas entendia que a loucura deveria ser pauta na e pela sociedade, em consonância com o movimento da Reforma Sanitária, com movimentos sociais e contra uma privatização da saúde.

> Contra a mercantilização da doença; contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária; por uma reforma sanitária democrática e popular; pela reforma agrária e urbana; pela organização livre e independente dos trabalhadores; pelo direito à sindicalização dos serviços públicos; pelo Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988!
> Por uma sociedade sem manicômios! (Manifesto de Bauru, 1987)

Assis (2019) aponta que o movimento, neste momento, também se aproximou da tendência latina-americana que já vinha falando sobre “uma sociedade sem manicômios”, principalmente nos encontros da Rede Alternativa à Psiquiatria na América Latina. Esse lema foi tema do encontro de 1986 em Buenos Aires. Até esse momento histórico, o país teve

mobilização e criatividade dos movimentos, foi a fase áurea, como Vasconcelos (2012) apontou.

É importante fazer a ressalva de que a discussão de racismo que embasou a psiquiatria brasileira parece que não estava no debate do movimento e nem nos referenciais teóricos que embasaram a luta antimanicomial, havendo certo apagamento dessa realidade. Autores negros e latino-americanos têm sido recuperados e estudados em um momento histórico recente.

Enfim, chegou a redemocratização do país, a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990 que abriu para muitas políticas públicas e todo uma nova forma de olhar para o país e para os sujeitos de direitos.

A Constituição Federal de 1988 definiu, no artigo 196, a saúde como direito de todos e dever do Estado, e que deve ser garantido por meio de políticas sociais e econômicas, apontando para um entendimento de saúde ampliado que não seja apenas sinônimo de ausência de doença. Importante destacar que o SUS foi constituído sob uma perspectiva da saúde coletiva, com uma concepção saúde ampliada e pautada na organização da sociedade.

> Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Lei 12.864 de 2013 que alterou a lei 8080 de 1990)

Esses são marcos legais importantes de serem resgatados e reafirmados pois foram conquistas históricas e coletivas. A criação do SUS também preparou um terreno para uma possível forma diferente para a assistência em saúde mental. Ele propiciou ser pensada uma possível Reforma Psiquiátrica.

No entanto, a década de 90 se iniciou com muita conquista, mas também colocou o país em um cenário econômico mundial que já vinha se desenhando no modelo de políticas neoliberais (Costa; Faria, 2021). Conforme Bravo (2009), desde a década de 70, mundialmente, o Estado de Bem-Estar social vivia uma crise e a partir da década de 80 existiam dois grandes projetos de sociedade em disputa na realidade brasileira: um que tem como premissa uma democracia mais restrita e que diminui direitos sociais e políticos. Na saúde, seria um projeto mais articulado com o mercado privatista. E outro, um projeto que estaria mais articulado com uma democracia de massas e ampla participação social. Este último seria o que norteou os movimentos populares de Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial.

Assim, é importante ficar atento que desde o início ocorreram resistências e modelos de sociedade em disputa. Se de um lado havia uma proposta universalista e coletiva de saúde. “O

projeto de Reforma Sanitária propõe uma relação diferenciada do Estado com a Sociedade, incentivando a presença de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, através de mecanismos como os conselhos e conferências" (Bravo, 2009, p. 2-3). De outro, havia um projeto "(...) articulado ao mercado ou de reatualização do modelo médico assistencial privatista" (Bravo, 2009, p. 3), baseado em concepções individualistas e fragmentadas. Enfim, a forma do capital também vinha mudando, se ampliando e dificultando, restringindo a implementação efetiva das políticas sociais (Vasconcelos, 2012).

Apesar do campo em disputa, o agora Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) continuou na luta e construção de um novo sistema de saúde mental que tinha como princípio, a destruição do modelo manicomial e a estruturação de estratégias de cuidado baseadas na concepção de território, cuidado, acolhimento e inclusão (Assis, 2019). Amarante e Nunes (2018) apontam a ampla participação nas diversas conferências de saúde desde a implantação do SUS, nos diversos níveis da federação, bem como uma organização do movimento em núcleos, nas grandes capitais O movimento foi atuante em vários espaços públicos.

Paralelo, algumas iniciativas foram surgindo no país: os CAPS e os NAPS (Amarante, 1998). O primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, iniciado em 1987, em São Paulo passou a ser referência nacional e de modelo de prática.

O fechamento da Casa de Saúde Anchieta, em Santos, o primeiro hospício brasileiro fechado em 1989, a partir de mortes e denúncias do que ocorria dentro da instituição, colocou o município como um dos primeiros a pensar alternativas substitutivas para o modelo manicomial a partir da política municipal.

Lancetti (2016) fala que para seu fechamento, o hospício de Santos foi "(...) construído, conturbado e demolido" (p. 21). Construído porque primeiro todo o aparato institucional deveria ser conhecido com o devido cuidado aos internos. Conturbado, pois a partir de seu conhecimento, ele foi questionado jurídico e politicamente. Provavelmente, suas contradições foram sendo expostas. E foi demolido, porque foi totalmente substituído por outro tipo de assistência e cuidado de saúde mental. Foram nesse contexto que surgiram os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), cooperativas, associações e outras formas de se relacionar com a loucura (Lancetti, 2016). É importante destacar que Santos também foi importante na construção de práticas e políticas de Redução de Danos, na década de 90.

Conforme Amarante (1998), a experiência de Santos foi um marco no processo de reforma psiquiátrica brasileira, pois colocou o desmonte da estrutura manicomial como uma

possibilidade para todo território nacional e assim surgiu o projeto de lei 3.657 de 1989, do deputado Paulo Delgado que tinha o objetivo de "(...) extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória" (Delgado, 1989)

Os CAPS e os NAPS vão surgindo pelo país, regulamentados por portarias próprias e colocados na tabela SUS. Definidos como "(...) como unidades de saúde locais/regionalizadas responsável pela cobertura de uma população definida pelo nível local a oferecer cuidados intermediários entre a rede ambulatorial e a internação hospitalar." (Amarante; Nunes, 2018, p. 2071). Outros modos de trabalho foram surgindo, como hospitais-dia, centros de convivência, oficinas, discussões sobre a clínica ampliada, acompanhamento terapêutico (Amarante; Nunes, 2018; Lancetti, 2016). Houve um bom solo de criatividade e de fazer uma política de saúde efetiva e de embates.

Depois de 12 anos de tramitação o projeto de lei de Paulo Delgado foi, enfim, aprovado como a Lei 10.216 de 2001. Ao longo desses anos, leis municipais e estaduais foram sendo aprovadas, equipamentos de saúde foram surgindo em capitais e grandes cidades (Amarante; Nunes, 2018).

A Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado concretizou, ao menos, em tese, alguns avanços no campo jurídico, tornando pessoas em sofrimento mental, sujeitos de direitos e por consequência, deu certa base legislativa para uma mudança em âmbito nacional na política de saúde. Ela tem como principais pontos a garantia de direitos e a proteção da "pessoa portadora de transtorno mental" (Brasil, 2001) de qualquer discriminação. Enfatiza a prioridade do tratamento serviços comunitários de saúde mental e define os diferentes tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. Deixa claro a postura de que a internação "em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes" (Brasil, 2001, art. 4º). No entanto, diferentemente do seu projeto original, não prevê a extinção ou tem como norteador o fechamento dos manicômios (Cabral; Darosci, 2019).

No mesmo ano, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, fundamental para nortear e desenhar a nova política de saúde mental. (Cabral; Darosci, 2019; Amarante; Nunes, 2018). Aqui é inaugurado um novo momento política e legal. A partir deste momento, vão surgindo novas diretrizes, portarias e leis. Os CAPS passam a ser previstos pela portaria nº 336 de 2002, havendo incentivos financeiros, estruturação quanto ao tamanho do município e procedimentos. A portaria 154 de 2008 que constituiu Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o importante papel de matriciar, fortalecendo as equipes de atenção básica

(Amarante; Nunes, 2018). Também a política de Álcool e Drogas entrou para o debate também, veio a portaria da Política de Redução de Danos em 2005, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS de 2009 e tantas outras políticas que vão sendo incorporadas ao SUS, fortalecendo-o em um sentido de cuidado em saúde mental para além do manicômio.

Bravo (2009) analisa o período histórico da década de 90 como mais alinhado a um projeto de saúde ligado ao mercado privatista e a partir, dos anos 2002, com o governo Lula, uma expectativa de um retorno do SUS ao seu projeto original, ligado a Reforma Sanitária, entendendo saúde como um direito social compreendido na Seguridade Social. No entanto, o que houve foi uma política contraditória. "Em algumas proposições procura fortalecer o primeiro projeto e, na maioria de suas ações, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e a precarização dos recursos humanos em decorrência do desfinanciamento" (2009, p. 4).

Assim, de um lado muitos ganhos legais, muitas normativas e políticas de saúde, mas do outro uma precarização do trabalho e subfinanciamento da política de saúde. Em consonância com Vasconcelos (2012) o movimento social também sofreu importantes alterações, nessa conjuntura neoliberal.

> [...] houve uma desmobilização progressiva, com perda de fontes de financiamento mais autônomas, e cada vez maior dependência do governo federal e dos governos estaduais e municipais para a sua continuidade. Houve, também, um processo de diversificação política interna, que pode ser enriquecedora, mas que tem levado, algumas vezes, a excessivas fragmentação política e dispersão. (p.58)

Especialmente, no período de governo Lula, esse aparelhamento se intensificou e muitos movimentos sociais ficaram limitados a partidos o que passou a ser um problema do ponto de vista de mobilização coletiva, tendo em vista que o que era exposto é que movimento social era partido política, fadado a ser atrelado as questões éticas, de corrupção e afins. Atrelado a isso, a terceirização das políticas sociais, privatização e a precarização do trabalho esvaziaram os movimentos, pela própria forma de contrato frágil e falta de tempo de trabalho para uma formação política e teórica desses trabalhadores.

Especificamente quanto ao MNLA, Vasconcelos (2012) analisou algumas mudanças significativas que contribuíram para uma transformação na forma de atuar, como o envelhecimento dos quadros mais combativos de outrora, bem como uma institucionalização dessas pessoas em cargos de gestão governamental. A própria diversificação do movimento em organizações de trabalhadores, de usuários e de estudantes com comunicações mais internas,

regionalizadas ou virtuais e muita gente jovem na luta sem contato com a história. A pouca participação do movimento antimanicomial nas lutas gerais do SUS, no movimento sanitário em si, em outros movimentos de saúde coletiva, conselhos e conferências de saúde. E talvez o momento mais importante, apontado pelo autor, e que mudou a característica do movimento foi a sua cisão em 2001, entre MNLA e a Rede Nacional Internúcleos (RENILA). A divisão se deu por divergência de organização, parte queria uma maior atuação nas esferas políticas mais altas com certa centralização do movimento e outra parte era contra, preferia atuar mais com organizações de usuários e familiares. Esse embate veio, justamente, em um momento político que havia uma coordenação de saúde mental que trouxe muitas conquistas, levando em consideração a Reforma Psiquiátrica. Talvez, foi um momento em que havia uma perspectiva otimista e que, de fato, ocorreram muitos marcos legais importantes.

Tudo está acontecendo: em 2006 é publicada a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que destacou a Estratégia de Saúde da Família como fundamental na organização da AB (Melo et al, 2018). E, em 2010, o ordenamento do SUS foi modificado. O SUS que tinha uma estruturação baseada no modelo curativo, centrado no médico e na oferta de atendimento passou a ser reordenado em Redes de Atenção em Saúde (RAS) com a portaria nº 4.279, de 2010.

> A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (Brasil, 2010)

O centro e o ordenador dessas redes é a AB ou Atenção Primária em Saúde (APS), aqui os termos serão utilizados como sinônimos. Para pensar um modelo em rede de cuidados, não é possível ter um modelo estático e prescritivo, as Redes devem levar em consideração alguns aspectos para o cuidado e organização. Entre eles, destacando apenas alguns, a população e território; os vários estabelecimentos de saúde nos diversos níveis de cuidado; APS como primeiro nível de cuidado; atenção integral, contínua e que leva em conta as particularidades culturais e da diversidade da população; participação social; recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos; intersetorialidade e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde (Brasil, 2010).

O modelo de RAS veio a partir de uma mudança mundial de pensar a organização da saúde, seguindo manuais da Organização Mundial da Saúde e da própria Organização Pan-

Americana de Saúde, mas tem alguns exemplos em países como o Estados Unidos, Canadá e países da Europa ocidental (Mendes, 2011). Países esses conhecidos pela centralidade na promoção de saúde baseada em teorias sistêmicas e funcionalistas, que não levam em conta os conflitos sociais e fatores macropolíticos (Campos, 2012).

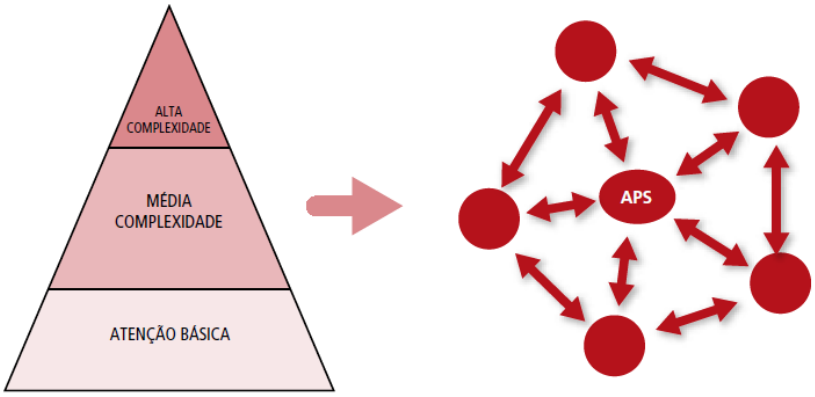
> A partir de 2010 o modelo de organização do SUS passou a ter como principal referência as Redes de Atenção à Saúde (RAS), modelo fundamentado nas Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) preconizadas pela Organização Pan-Americana de Saúde. Este modelo vem sendo utilizado em países em processo 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 (Tofani et al, 2021, p. 4770).

O cuidado em rede começou a ser destacado e colocado como um modelo de organização, visto que as condições de doenças agudas não seriam mais o principal problema. Conforme Mendes (2010), o perfil epidemiológico brasileiro estava mudando e era preciso levar em conta as condições crônicas.

Para um modelo epidemiológico centrado na doença aguda que é rápida e precisa de respostas rápidas, uma organização do sistema de saúde fragmentada era o suficiente. Mas com a mudança de perfis epidemiológicos resultados de fatores contextuais, como desenvolvimento científico, tecnológico e econômico modificaram também a forma de atenção à saúde (Mendes, 2010). As doenças mudaram, então os sistemas de saúde também precisariam mudar. Apesar de certa orientação e mudanças na organização da saúde, concretamente há muitas contradições a serem superadas como a fragmentação da pessoa e os sistemas hierárquicos.

Na saúde mental não foi diferente. A RAPS surgiu em 2011, junto com outras redes, a Rede Cegonha, Rede Urgência e Emergência, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (Tofani et al, 2021; Brasil, 2014).

Figura 1: Organização do SUS em Redes



Fonte: MENDES, 2011.

A implementação das políticas brasileiras de saúde mental culminou, enfim, na RAPS com a Portaria 3.088 de Dezembro de 2011 "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)" (Brasil, 2011). 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. (Amarante; Nunes, 2018, p. 2072)

A RAPS reorganizou também o cuidado em saúde mental, bem como do o uso de álcool e drogas, colocando-o para toda a rede de saúde de maneira articulada, enfatizando a importância do trabalho intersetorial e no território. Conforme o Artigo 1º da Portaria, 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)" (Brasil, 2011, p. 3).

Algumas das diretrizes da RAPS são o respeito aos direitos humanos, autonomia e liberdade das pessoas, sendo o isolamento não mais sinônimo de tratamento. Promoção da equidade, considerando determinantes sociais de saúde, em consonância com outras leis e portarias da base legal do SUS. Há certo entendimento legal de saúde como expressão de determinantes e condicionantes. Combate a estigmas e preconceitos: pessoas com sofrimento mental não são objetos inanimados e sem vontade própria e nem devem ser tratadas como tal. A garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência

multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, deve garantir que o cuidado em saúde mental não seja exclusivo de algumas profissões ou alguns serviços, o cuidado é responsabilidade da rede multiprofissional e das políticas sociais. Atenção humanizada e centrada na pessoa. Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos e de educação permanente, bem como construção de um cuidado no território que favoreça a inclusão social, autonomia e promoção de cidadania. E, por fim, um cuidado que tenha como eixo central, a construção do projeto terapêutico singular (PTS). Entre seus objetivos estão:

> I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
> II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
> III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
> IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
> V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
> VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

A RAPS se estrutura em níveis de atenção.

1) Atenção básica: Unidade Básica de Saúde, equipes de atenção básica para populações específicas, como o Consultório na Rua e equipes que compões a Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Centros de Convivência;

2) Atenção psicossocial especializada: os Centros de Atenção Psicossocial nas diferentes modalidades;

3) Atenção de urgência e emergência: composta pelo SAMU, Sala de Estabilização, UPAs, portas hospitalares de atenção à urgência e Unidades Básicas de Saúde;

4) Atenção residencial de caráter transitório: onde estão compreendidas as Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial;

5) Atenção hospitalar: composta pelas enfermarias especializadas em Hospital Geral e serviços hospitalares de referência às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

6) Estratégias de desinstitucionalização: compostas pelos Serviços Residenciais Terapêuticos;

7) Reabilitação psicossocial que compreendem as iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas.

Enfim, a portaria oficializou e estruturou uma nova organização do cuidado em saúde mental com base em uma perspectiva comunitário-territorial e do controle social (Oka; Costa, 2022). O que é questionável é se, de fato, a RAPS existe na prática.

Basaglia (2010) apontou uma crítica à reforma psiquiátrica do contexto dos Estados Unidos, por exemplo, a partir de sua visita a Nova York, em 1963. Lá o processo se deu por meio de uma lei que criou pequenas unidades psiquiátricas nas comunidades. E o autor referiu que esse modelo não veio de uma necessidade de modificação das instituições manicomiais, mas por meio da promulgação de uma legislação e observou a convivência entre manicômios e instituições psiquiátricas comunitárias, em que a primeira permanecia com a função de excluir os distúrbios sociais e as segundas teriam a função de adaptar os sujeitos a realidade sócio-econômicas. Assim, a "(...) técnica comunitária, nascida como resposta institucional à realidade manicomial, é assumida como nova técnica psiquiátrica em sentido específico" (2010, p.153). Se faz necessário refletir se a reforma brasileira encontrou seu caminho de transformação do modelo manicomial ou se pode estar reproduzindo pequenos manicômios nos territórios.

O processo de Reforma Psiquiátrica construído a partir das lutas coletivas do movimento antimanicomial desde a década de 70 trouxe mudanças históricas, isso é inegável. Houve, de fato, uma diminuição de leitos, de 80 mil na década de 1970 para 25.988 em 2014. Os gastos com hospitais foram de 75,24% em 2002 para 20,61% em 2013 e no mesmo período, os gastos com atenção psicossocial passaram de 24,76% para 79,39% (Amarante; Nunes, 2018).

Entre 2001 e 2009, houve um aumento de 404,2% dos valores gastos com recursos extra-hospitalares, enquanto os hospitalares diminuíram 39,5%. (Gonçalves; Vieira; Delgado, 2012; Costa; Mendes, 2020). 2006 foi ano que os investimentos extra-hospitalares ultrapassaram os hospitalares (Costa; Mendes, 2020).

No entanto, entre 2011 e 2014, houve uma diminuição gradual de investimentos em serviços extra-hospitalares (Costa; Mendes, 2020) e "(...) a expansão de serviços comunitários está praticamente estanque após 2011 e que se carece de dados após 2015 (...)" (Onocko-Campos, 2019, p.1).

Como Amarante e Nunes (2018) falam, os ventos começaram a mudar em 2015 com a disputa política dentro do Ministério da Saúde e vem um período de *Terra em Transe*, como Onocko-Campos (2019) nomeou.

2.3 A RAPS, Reformas e Contrarreformas

O lema "Por uma sociedade sem manicômios" ainda se mantém atual e relembrado sempre nos movimentos, sobretudo, no dia 18 de maio, o dia da luta antimanicomial. Por manicômio pode-se entender as grandes instituições psiquiátricas, os hospícios ou hospitais

colônias que por muito tempo tiveram no centro do sistema de saúde mental no contexto brasileiro.

A experiência brasileira da Reforma Psiquiátrica (RP) tomou a noção de desisntitucionalização elaborada por Franco Rotelli et. al. como norteadora (Amarante, 2015; Amarante; Nunes, 2018). Para Rotelli (2019), o processo de RP começa pelo manicômio como um desmonte da solução institucional para assim se transformar, substituir os locais onde são tratadas (ou não) as pessoas. Se a instituição que tenta solucionar o objeto-doença não existe mais, o objeto não existe mais e deve ser reinvento, por isso o processo de desintitucionalização tem complexidade de reconstruir seu objeto. "A ênfase não é mais colocada no processo de 'cura' mas no projeto de 'invenção de saúde' e de 'reprodução social do paciente'" (Rotelli, 2019, p. 30).

Ao se desmontar a estrutura manicomial é necessária a existência de ações que vão para além do modelo da doença e do modelo biomédico, é preciso criar tratamentos, reabilitação e clínica territorial (Farinha; Braga, 2018). "Reforma Psiquiátrica não é simplesmente uma reforma de serviços psiquiátricos, uma reforma de assistência psiquiátrica e, muito menos, não é reforma administrativa, funcional, organizacional, nem tampouco reestruturação da assistência psiquiátrica" (Amarante, 2015, p. 67)

A desinstitucionalização aqui tida como norte visava uma mudança de paradigma, uma desinstitucionalização da própria psiquiatria e conhecimento sobre a loucura. No entanto, o próprio Rotelli (2019) chama atenção para dois significados sobre esse termo. De um lado, a desisntitucionalização simbolizava a abolição de todas as instituições de controle, aproximando-se da perspectiva da antipsiquiatria e de uma tentativa de reposicionamento epistemológico da loucura (Farinha; Braga, 2018); mas do outro lado, era a um programa de racionalização financeira e administrativa, sinônimo de diminuição de leitos hospitalares, desospitalização. Essa última se aliou ao modelo de algumas reformas europeias e do Estados Unidos. Lembrando que muitas das reformas se deram no início do chamado Neoliberalismo e diminuição do Estado de Bem-Estar social.

Desde a década de 70 e, no Brasil, década de 90 de forma mais clara, o projeto neoliberal se fortaleceu, se opôs e dificultou o projeto previsto pela Constituição de 88, dificultando as políticas sociais, entre elas o SUS e a RP, no âmbito da saúde mental. A realidade do país é de um capitalismo tardio, dependente e subordinado, vindo de uma colonização (Costa; Mendes, 2020; Bravo, 2009).

Netto (2012) resumiu o projeto neoliberal em três aspectos: flexibilização da produção e das relações de trabalho, desregulamentação das relações comerciais e dos circuitos financeiros e privatização do patrimônio do Estado. Essa reorganização do capital modificou a forma do trabalho que trouxe alterações importantes nas classes sociais, seja no plano objetivo de produção, seja no plano de reconhecimento de pertença da classe, "fim da sociedade do trabalho e desaparecimento do proletariado" (Netto, 2012, p. 416). O autor vai entender essa modificação de toda a estrutura social como uma crise sistêmica que é mais que uma crise própria do capital quando a acumulação encontra obstáculos. A crise sistêmica envolve toda estrutura do capital, incluindo a cultura do consumo, a imediaticidade da vida e o triunfo do indivíduo sobre o coletivo.

Marx (2017 apud Mendes; Carnut, 2018), no terceiro volume do O Capital, explicita o movimento do capital financeiro. O progresso técnico aumenta o capital constante, equivalente aos meios de produção, como máquinas e equipamentos. Havendo um aumento da parcela constante, há uma diminuição do capital variável equivalente à força de trabalho. A mais-valia depende da parcela do trabalho não pago da força de trabalho. Ora, se há uma diminuição da força de trabalho em função da modernização, há uma diminuição da taxa de lucro que leva a uma diminuição. Essa é a chamada "lei da queda tendencial da taxa de lucro" (LQTTL) que leva a uma queda, a acumulação do capital.

Algumas das soluções do capital encontradas para esse problema são (Marx, 2017 apud Mendes; Carnut, 2018): aumento da exploração de trabalho com aumento da jornada e intensificação; redução dos salários; busca por matérias-primas mais baratas e equipamentos mais eficientes; aumento da superpopulação relativa, como forma de pressionar o valor da força de trabalho; abertura e ampliação do comércio exterior, sendo uma forma de baratear as matérias-primas e os custos; e, por fim, aumento do capital acionário como uma forma de compensação da queda dos lucros.

Ora se não é o cenário apontado por Netto (2012), é preciso liberar a acumulação do capital para sua expansão e para isso, o Estado Mínimo, típico do modelo neoliberal se faz necessário. "O conflito e a crise são marcas fundamentais da reprodução do sistema capitalista. O Estado, na realidade, é motor essencial para essa reprodução. A dinâmica do capitalismo é o que funda o Estado moderno no período da acumulação primitiva de capital, e não o contrário" (Mendes; Carnut, 2018, p. 1109).

Essa é a estrutura base do Estado brasileiro que, como parte integrante das relações capitalistas se compromete com a dívida pública e com uma histórica redução dos recursos

destinados ao sistema de proteção social, havendo uma utilização histórica dos recursos das Seguridade Social para pagamento do superávit primário (Bravo, 2009; Mendes; Carnut, 2018). Assim se dá o subfinanciamento e a precarização do SUS.

O SUS já foi fragilizado desde a sua origem, pois disputa espaço desde sempre com o projeto privatista. A título de exemplo,

> [...] em 1993 o gasto público foi de 2,8% do PIB, e o privado de 1,4%; em 2002, ambos cresceram, sendo de 3,2% e 3,9%, respectivamente. Observa-se que o gasto privado ultrapassa o público em relação ao PIB, especialmente nos governos de FHC. Em 2014, o gasto público correspondeu a 3,9% do PIB, e o gasto privado a 4,2%. (Mendes; Carnut, 2018, p. 1113).

Essa disputa ficou clara com a Emenda Constitucional 95 de 2016 que limitou a expansão dos gastos públicos nos próximos 20 anos, escancarando o quanto a política de saúde ainda depende de emendas e vontade política, bem como interesses de quem está na gestão. Por isso, há uma concordância com Mendes e Carnut (2018) quando apontam a ilusão histórica de alguns setores da esquerda de defenderem o caminho institucional das reformas, iludindo-se com a ideia de que o Estado está a serviço de todos e esquecendo que ele tem uma relação, inclusive de sua origem, com o modo de produção capitalista.

Conforme o Relatório da 17ª Conferência Nacional de Saúde:

> A reforma neoliberal de austeridade que atacou os direitos mais elementares da população e resultou em uma série de agravos à população teve continuidade no governo do ex-presidente Bolsonaro. Em 2019, a saúde pública perdeu 20 bilhões do orçamento federal por causa da EC-95/2016 (CNS, 2020), evidentemente impactando de forma desastrosa e comprometendo o SUS. (CNS, 2024, p. 57)

Talvez não haja mais projetos em disputa e sim, somente uma esperança que um Estado de Direito possa ser fortalecido em algum momento, mas como bem aponta Mendes e Carnut (2018) citando Pachukanis, 2017, a burguesia foi forçada a essa teoria e prática de um Estado de Direito, no entanto ele começou a ameaçar a sua dominação e foi sendo colocado de lado, como se fosse retirada uma máscara.

> Não se identifica a retirada do Estado da economia, mas, ao contrário, se assiste ao fortalecimento da rapinagem financeira em seus orçamentos. Para isso, a adoção de políticas austeras no mundo e no Brasil, com redução dos direitos sociais, inclusive da política de saúde, tem sido a ordem do dia. (Mendes; Carnut, 2018, p. 1111).

O quadro estrutural que afeta diretamente as políticas sociais é muito bem resumido por Vasconcelos (2012), o momento é de

> [...] crise econômica, privatização, focalização, subfinanciamento e sucateamento das políticas sociais; perda de direitos substantivos e da qualidade dos serviços públicos; precarização dos vínculos de trabalho; desigualdade social; desemprego e trabalho informal; aumento da pobreza, violência social e abuso de drogas, com fortes implicações no campo da saúde mental. (p.61)

O campo da saúde mental vai ser diretamente afetado. O caminho que se vinha seguindo no sentido da RP vai sendo cada vez mais dificultado e, desde o governo Dilma, pode-se dizer que inicia o processo da chamada Contrarreforma Psiquiátrica (CP). Compreende-se a CP "como o conjunto de ações a partir de 2015 que contradizem, se opõem ou suplantam elementos fundamentais da RP, que se origina na década de 1970, e tem na Lei 10.216/2001 seu principal marco político legal" (Costa; Mendes, 2020, p.46). No entanto, o pano de fundo de todas as políticas sociais é próprio modo de produção capitalista no qual há processos de mercantilização e privatização (Oka; Costa, 2022). Na realidade brasileira, especificamente, o encontro entre o estado democrático de direito, a partir da promulgação da Constituição de 1988 com o pensamento neoliberal (Boschetti, 2017) afetou todo o desenvolvimento das políticas sociais.

Os movimentos de contrarreforma, do ponto de vista dos direitos sociais, não são novidade, eles estão aí desde a década de 90 e se expressam no subfinanciamento público do SUS desde de seu início. Há uma tendência mundial, própria do capitalismo em restringir sistema universais, como o SUS, e ampliar privatizações, como forma de acumulação do capital. (Boschetti, 2017; Sarreta; Bisco; Brentini, 2021)

> O SUS apresenta problemas em diversos aspectos, desde o modelo de atenção, como de infraestrutura, falta de recursos materiais e humanos, necessidade de qualificação de recursos humanos, entretanto, o subfinanciamento compromete o seu desenvolvimento de maneira expressiva desde a sua criação. É importante destacar que o subfinanciamento da saúde existe há 32 anos no país, e essa tendência conta com o apoio do Estado brasileiro e orientação neoliberal, desde a década de 1980. (Sarreta; Bisco; Brentini, 2021, p. 536)

A política de saúde é lucrativa ao mercado, pois é explorada através de procedimentos, entrando pelo viés da indústria farmacêutica, equipamentos e tecnologias. Sob esse olhar não é levada em conta uma perspectiva totalizante de saúde, sendo inviável a universalidade da saúde (Sarreta; Bisco; Brentini, 2021). Por isso, também se deve levar em conta o quanto a lógica gerencial no SUS, a lógica de ter um produto final, um resultado para se ter financiamento é parte integrante do capital (Mendes; Carnut, 2018). É preciso ter algo para se vender, tornar mercadoria e assim ter lucro. Assim, apesar da RP, a SM nunca deixou de ser subfinanciada, junto com toda a política de saúde (Costa; Mendes, 2020).

Conforme Vasconcelos (2012), a partir desde momento os espaços de participação popular foram sendo reduzidos e dificultados; iniciou-se a alta rotatividade nas posições de trabalho, devido ao processo de precarização e privatização; corporativismo de algumas categorias, principalmente a médica, devido a deterioração e competitividade no trabalho; avanços farmacológicos e tecnológicos no campo da psiquiatria que reforçam o modelo biomédico da saúde mental e fortalecem entidades de psiquiatria que passam a ocupar lugares políticos e a epidemia de crack que chocou o país e colocou a política de drogas em uma direção de apoio a internações compulsórias e às Comunidades Terapêuticas, fortalecendo politicamente as entidades de psiquiatria.

A SM, por si só, é um campo de disputa de epistemologias, conceitos e práticas diversas, pois é o campo que trabalha com o que é normal-anormal. Como já falado, esse é um campo teórico-metodológico diverso e que é diretamente influenciado pelo modo de produção capitalista e mesmo que o processo de RP não deva ser restrito a uma reforma de serviços e de tecnologias de cuidado (Amarante; Nunes, 2018), ainda há limites na transformação do que é loucura nesta sociedade.

A rede substitutiva no país tem limitações quanto abrangência, acessibilidade e diversidade próprias das constantes limitações estruturais. Apesar de permitir um cuidado mais humanizado, menos cronificado que dentro de grandes instituições, a nova rede substitutiva só atuará em uma perspectiva de liberdade, de desinstitucionalização quando houver uma mudança epistemológica (Braga; Farinha, 2018). Não é "(...) incomum a reprodução de discursos e práticas manicomiais e médico-hegemonicas nos serviços substitutivos, além da crescente onda de retrocessos (...)" (Oka; Costa, 2022, p.4).

Braga e Farinha (2018) apontam que a própria sistematização da RAPS pela portaria 3088 de 2011 enviesou o cuidado em SM para alguns dispositivos e deixou omissa outras propostas de acompanhamento/intervenção, como atendimentos comunitários, propostas laborais, acompanhamento terapêutico. Foi omitido, inclusive, propostas de trabalho e renda, cooperativas que já vinham em desenvolvimento antes da portaria. Bem como não houve a ampliação do Programa de Volta para Casa, centros de convivência (Onocko-Campos, 2019). Foi constantemente deixada de lado, a característica comunitária da RP que veio do movimento social, de olhar para uma transformação social. A própria experiência italiana que inspirou a RP brasileira tem como eixo fundamental a questão do trabalho (Braga; Farinha, 2018), mas este foi desaparecendo dos marcos legais e dos entendimentos de SM. Parece que a SM voltou gradativamente a ser institucionalizada.

Talvez a sistematização da RAPS tenha sido um ganho político, porém veio junto com um momento de expansão do capital neoliberal e de maneira contraditória, a expansão dos serviços comunitários diminuiu a partir de 2011. Em 2015 o cenário piorou com a falta de transparência do Ministério da Saúde (Onocko-Campos, 2019). O próprio Departamento de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (DESMAD), em seu 13º relatório publicado em 2024, mencionou que houve uma considerável lacuna de informações no período de 2015 a 2022 (Brasília, 2024). O 12º relatório de dados da saúde mental foi publicado em 2015.

Esse período de ofensiva neoliberal na SM, atacando os preceitos antimanicomiais é a chamada Contrarreforma (Oka; Costa, 2022).

> CP é uma descontinuidade da RP, na continuidade de seu desenvolvimento. Não é a RP propriamente dita, ou uma *nova fase* dela, pois se opõe e suplanta seus preceitos e fundamentos. Também não é a *reforma da Reforma*, devido ao sentido histórico do termo e como tem sido cooptado no neoliberalismo (Costa; Mendes, 2020, p. 48)

Oka e Costa (2022) expuseram de maneira sistemática e reflexiva uma análise dessa CP a partir dos vários documentos legais do período de 2015 a 2020. Os autores destacam que os retrocessos não foram somente advindos do SUS e da SM, mas veio de diversos atores estatais e não-estatais, diversas pastas ministeriais, mas também de associações técnicas, principalmente da psiquiatria e da psicologia.

No trabalho, os autores estabeleceram categorias analíticas onde verificou-se os processos da CP. Entre as categorias estão o desmonte sistemático dos serviços de base territorial e a reinstituição da lógica hospitalocêntrica e asilar-manicomial (Oka; Costa, 2022).

A partir da Lei 10.216 de 2001 houve, no país, uma inversão do financiamento para os serviços de Saúde Mental. Em 2014, o percentual de financiamento para serviços de cuidado territorial chegou a 80%, enquanto que 20% era o destinado para leitos de hospitais psiquiátricos e gerais (Abrasco, 2018). Essa foi uma tendência até 2015, quando Valencius Wurch Duarte Filho foi nomeado para o cargo de Coordenador-Geral da Saúde Mental, Álcool e outras Drogas na pasta da Saúde, até o avanço da ofensiva neoliberal e do conservadorismo que atacaram diretamente a rede (Brasil, 2023). Valencius Wurch foi amplamente atacado e houve uma reação de movimentos de saúde, pois foi a nomeação de um dos diretores do maior hospital psiquiátrico privado da América Latina, local que foi acusado de muitas violações de direitos humanos, em 2000 (Abrasco, 2015). Simbolizando uma virada da lógica comunitária para um retorno a lógica manicomial.

Em 2016, houve o golpe contra o mandato de Dilma Rousseff e pode-se dizer que o processo de CP se formalizou e se acirrou no governo de Michel Temer e posteriormente no de Jair Bolsonaro.

Muitos foram os marcos legais deste período de CP, a Resolução 32 de 2017, da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é apontada com um marco inicial das modificações na Política Nacional de Saúde Mental. Ela é o primeiro documento que faz menção aos Hospitais Psiquiátricos como componentes da rede e apontam para um financiamento destes (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020). Bem como traz claramente o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas (CT) como parte da rede de cuidados a pessoas com transtornos mentais e/ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Conforme o artigo 11:

> Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT [Ministério da Saúde (MS); Ministério da Justiça (MJ); Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); Ministério do Trabalho (MT)] em relação às Comunidades Terapêuticas. (Brasil, 2017; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

A resolução 32 é do dia 14 de dezembro de 2017 e no dia 21 de dezembro do mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 3588 de 2017, maior representante do processo da CP. Ela propôs um reordenamento da RAPS acrescentando, na sua composição, equipamentos como Unidades Ambulatoriais Especializadas, Hospitais Psiquiátricos Especializados e equipes especializadas dentro do hospital geral. Ela também criou os chamados CAPS-ad IV 24 horas, modalidade de CAPS que previa a assistência de urgência e emergência especialmente aos usuários de substâncias nos moldes de um serviço especializado em álcool e drogas e como porta de entrada para internações, distorcendo a lógica de cuidado dos CAPSs.

> Apresenta a característica estrutural de um pequeno hospital psiquiátrico, uma vez que tem "enfermarias" (e não "acolhimento noturno", como nos CAPSs III) de até 30 leitos! Uma estrutura com estas características não condiz com o referencial de cuidado pautado nos vínculos, na humanização, no cuidado de base territorial e na construção de projetos terapêuticos singularizados. (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p. 7).

Os hospitais, as equipes especializadas e novas configurações de internação retornaram à política de saúde mental como pontos da RAPS.

Medidas de bloqueio de recursos para serviços de base comunitária vieram nesse período com as resoluções CIT 35 e 36 de 2018; bem como a Portaria 3659 de 2018 que suspendeu de recurso financeiro para CAPS, Residências Terapêuticas, unidade de acolhimento, leitos em hospitais gerais (Oka; Costa, 2022) por "(...) por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS." (Brasil, 2018). Ressaltando a

valorização da lógica gerencialista dentro do SUS. Gerencialismo aqui entendido como um modo de trabalho tipicamente da sociabilidade capitalista e que tem incorporado nos serviços públicos, as técnicas e concepções da gestão privada, baseados na concepção de racionalização e eficiência (Wood Junior, 1995 apud Mendes; Carnut, 2018). Esse momento histórico de novas orientações, mudanças no modelo assistencial, nada mais foi que um retorno ao paradigma anterior à RP, tendo sua centralidade na institucionalização, no saber especializado, em oposição ao modelo de cuidado territorial e comunitário. (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020)

Seguindo essa lógica de retorno a assistência asilar-manicomial de cuidado foi publicada, no governo do presidente Bolsonaro, a Nota Técnica n. 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, chamada de Nova Política Nacional de Saúde Mental, amplamente criticada por associações de saúde coletiva e luta antimanicomial e conselhos profissionais com notas de repúdio e manifestações públicas.

A Nota Técnica não tinha poder de mudar a política, no entanto, deixou claro qual modelo de PNSM era defendido e questionou diretamente a efetividade do cuidado comunitário que vinha sendo construído até 2017 (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

Em seu texto: "O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza." (Brasil, 2019, p.3-4). Não havendo mais o que fechar e nem criar, no sentido de serviços de base territorial, o que intensificou a lógica da institucionalização, baseada no modelo asilar-manicomial. "Inclusive não há mais serviços substitutivos, afinal, o serviço ao qual substituíam foi reinserido na rede" (Oka; Costa, 2022, p.15).

A nota menciona a eletroconvulsioterapia como um tratamento efetivo que deveria ser melhor disponibilizado no SUS. Menciona a internação psiquiátrica de menores de idade sem qualquer preocupação ou cuidado com o tema (Brasil, 2019; Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020).

E, talvez, a mais marcante mudança orientada e afirmada por esta nota é a oficialização da separação da "Política Nacional Sobre Drogas" da Política Nacional de Saúde Mental. Indo a primeira para a responsabilidade do Ministério da Cidadania da época. Separação essa que teve clara intenção de "(...) impedir que os princípios que regem a atenção psicossocial, especialmente o cuidado realizado em liberdade (...) sejam igualmente aplicados aos usuários de álcool e outras drogas" (Guljor et al. 2019 apud Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p.11).

No mesmo ano, foi publicada a 'nova' Política Nacional de Drogas (decreto 9.761/2019) e a Lei de Drogas (13.840/2019) que trouxeram, em seus textos, a centralidade na abstinência e na Comunidade Terapêutica formalmente incluída no cuidado de álcool e drogas (AD) (Costa;

Mendes, 2020). Esses dois marcos legais sequer mencionam a Redução de Danos no cuidado de AD, como as legislações anteriores e também dão solo legal para uma perspectiva antidrogas, típica da moral religiosa. A política nacional (decreto 9.761 de 2019) traz como um de seus pressupostos, a busca por "(...) atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas." (Brasil, 2019). Os chamados acolhimentos em cts foram incorporados por essa política de drogas como uma forma de garantia de tratamento ao uso de AD. Essa perspectiva vai na contramão e viola a própria lei nº 10.216 de 2001 que prevê internações, institucionalizações como último recurso, após o esgotamento dos recursos externos. É preciso compreender que as cts são a atualização dos manicômios e se a luta é por liberdade, essas instituições não deveriam estar na centralidade da política de drogas.

As cts estão inseridas na RAPS desde 2011 (Costa; Mendes, 2020) no vácuo que as políticas públicas deixam no campo de AD (Ribeiro; Minayo, 2015). Apesar das cts existirem desde anos 1960, foi a partir de 2010, 2011 que elas deram um salto qualitativo a partir do Programa Crack é Possível Vencer (Mendes, 2018; Costa, 2020). O pânico social que o surgimento do crack gerou um terreno fértil para uma ascensão conservadora e religiosa (Costa, 2020) que influenciou diretamente na reforma psiquiátrica e na política de drogas, incluindo o financiamento público dessas instituições.

> [...] é de 2013 até 2017 que se muda a lógica do financiamento público na comparação entre Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, anos importantes para o fortalecimento da Raps e para a ampliação das CTs, as quais ganham aumento no financiamento de 2013 a 2017, com a falaciosa ideia de uma *epidemia do crack*, financiada pelo Governo Federal, por meio do programa *Crack é Possível Vencer* e da disputa pela internação involuntária de usuários de crack nas CTs, para a higienização dos grandes centros, como princípio das ações disseminadas e aprovadas pelo Ministério da Cidadania.(Prudencio; Theodoro; Baqueiro, 2023,p. 148)

Elas são instituições que seguem a lógica de isolar do mundo, expressando o caráter manicomial-asilar. "Os indivíduos se mantêm em um ambiente residencial por 24 horas, segregados da sociedade, o que provoca uma ruptura com os papéis anteriormente exercidos" (Ribeiro; Minayo, 2015, p.516).

Além do isolamento, as cts trabalham sob uma lógica religiosa, espiritual. No Relatório de inspeção nacional em comunidades terapêuticas de 2017, publicado pelo Conselho Federal de Psicologia, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura e Ministério Público Federal, visitou 28 instituições na época. Todas elas afirmaram basear suas práticas na abstinência e em alguma prática religiosa e/ou espiritual (CFP, 2018). Dessas 28, 27 afirmaram

utilizar a “laborterapia” como forma tratamento. Essa prática esconde uma exploração do trabalho da época dos hospitais colônias brasileiros, se caracterizando como um trabalho não remunerado e que não produz autonomia, emancipação e não respeita a singularidade do sujeito (CFP, 2018). A pessoa trabalha dentro da internação de graça e, ao sair, não tem nada, voltando para a sua realidade.

Há muitas violações de direitos que foram percebidas nessa inspeção, como administração irregular de medicações, violações éticas de psicólogas e psicólogos, a presença de trabalho voluntário, mas com características de trabalho regular, rotinas rígidas, o uso de força, punições severas e contenção física, “mecanismos podem configurar crime de tortura e maus-tratos” (CFP, 2018, p.112).

Oka e Costa (2022) analisaram o avanço da moral-religiosa nas políticas, principalmente, de AD, como outro aspecto da CP em andamento. Por trás da escalada das cts, há a escalada de uma moral religiosa que prevê a abstinência, isolamento das pessoas, tendo como princípio norteador que a dependência é uma falha moral, é um pecado, reforçando “(...) a adoção de uma perspectiva proibicionista irrealista, punitivista, abertamente moralista e reacionária (...)” (Oka; Costa, 2022, p. 18). Essa lógica teve um terreno fértil de crescimento no governo Bolsonaro com o desfinanciamento da RAPS e a centralidade das cts na Nova Lei Sobre Drogas de 2019 (Prudencio; Theodoro; Baqueiro, 2023). As cts apareceramm como objetivos explícitos nessa política de drogas,

> Garantir o direito à assistência intersetorial, interdisciplinar e transversal, a partir da visão holística do ser humano, pela implementação e pela manutenção da rede de assistência integrada, pública e privada, com tratamento, acolhimento em comunidade terapêutica (Brasil, 2019)

O campo de AD é o mais atacado e que mais sofreu e sofre retrocessos dentro do processo de CP. Vasconcelos (2012) colocou, inclusive, que o movimento da luta antimanicomial teve dificuldades e incapacidade de responder à política de drogas do governo Dilma, fazendo menção ao Programa Crack é Possível Vencer que tem um viés “Vidas sim, drogas não” (Roussef, 2011) que ao invés de pensar de maneira emancipatória o cuidado das pessoas usuárias, produziu mais pânico, medo, soluções mágicas e internações compulsórias (Renila, 2011).

A discussão da política de drogas, talvez, tenha sido uma discussão que o próprio movimento social não deu a devida atenção e é, principalmente, através dela que práticas manicomiais retornam como possibilidade de cuidado em SM, mas expressando práticas

segregacionistas e de exclusão social. Bem como uma lógica de abstinência e do fracasso do sujeito (Lancetti, 2016).

> O retrocesso na política sobre drogas é o ponto mais sensível dessa catástrofe. O paradigma dos direitos humanos, tolerância, combate ao estigma e redução de danos, na política de drogas, tornou-se, desde 2003, o desafio constante e cotidiano para todos os trabalhadores do campo da Reforma Psiquiátrica. (...) Esta aposta foi estrepitosamente derrotada, pela ideia quase delirante de confinamento de todos os "drogados". O golpe de 2016 rompeu o equilíbrio instável entre as visões de controle/confinamento e de acolhimento/inclusão social no âmbito da política de drogas (...) É aqui, no front da política de drogas, nessa terra sem lei pelo excesso da lei, que temos o mais difícil enfrentamento na resistência ao desmonte da Reforma Psiquiátrica (Delgado, 2019, grifo no original apud Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p.12).

Esse retrocesso continuou e, em 2020, plena pandemia de COVID-19, tiveram algumas publicações que regulamentaram acolhimento de crianças e adolescentes em cts, como a Resolução nº 3, 2020 e a portaria 69 de 2020 que previa protocolos e fluxos de encaminhamentos da População em Situação de Rua para as cts por parte da Rede Socioassistencial em conjunto com a RAPS.

Todo esse processo demonstra o aprofundamento do neoliberalismo na realidade da política de SM que "se pauta pela minimização do Estado e perda de direitos, ao passo que maximiza seu caráter coercitivo e punitivista, como fica evidente na reinstitucionalização das instituições manicomiais-asilares" (Oka; Costa, 2022, p. 20) e de encarceramento.

O governo Lula permanece com as contradições importantes no campo da SM e AD. Houve a necessária revogação da portaria 3588 de 2017, pela ministra Nisia Trindade em 2023, através da portaria GM/MS nº 757, de 21 de junho de 2023 dando certa esperança de retomada da RP. No entanto, não se pode perder de vista que há uma retomada da institucionalização e o ainda fortalecimento das cts. Em 2023, foi criado o Departamento de Apoio às Comunidades Terapêuticas que depois de tantas críticas se tornou o Departamento de Entidades de Apoio e Acolhimento Atuantes em Álcool e Drogas (DEPAP) dentro do Ministério do Desenvolvimento, Assistência Social, Família e Combate à Fome que publicou edital 08/2023, uma das principais formas de credenciamento e financiamento público federal das cts neste governo e que foi extinto somente em agosto de 2025.

Dentro da política de saúde, equipamentos que deveriam atuar no território, muitas vezes estão dentro da lógica da institucionalização pela formação técnica, pela burocratização ou pelo gerencialismo do SUS. É preciso lembrar a função do manicômio no capitalismo, como uma instituição de exclusão, segregação, asilamento, resultado da violência e reprodutora de

uma violência que é própria da estrutura maior que o mantém (Costa; Mendes, 2020; Basaglia, 1985).

> Reforçamos, assim, a necessidade de compreensão da relação normal patológico, dos chamados *desvios*, em suma, da drogadição, loucura e saúde mental, imbricadas e consubstanciadas na/pela normalidade produtiva do modo de produção capitalista. Sendo a lógica manicomial resultante dessa sociabilidade e, portanto, funcional a ela, não há possibilidade de ser suplantada dentro da ordem capitalista que lhe produz e é conformada por ela. (Costa; Mendes, 2020, p. 50)

A SM é muito mais que serviços de saúde, que técnicas e/ou procedimentos. Concordando com a análise de Vasconcelos (2020), o movimento antimanicomial, através dos seus principais representantes, acabou por se isolar e analisar a SM em si mesma, isolada da conjuntura social e histórica e das demais políticas o que pode ter deixado brechas importantes para a cultura manicomial se fortalecer em outros espaços. O modo de atuação, a clínica, os serviços substitutivos e o processo de trabalho foram pensados historicamente pelo movimento, mas, talvez, sem dar a devida importância para a sociedade que mantém toda a estrutura manicomial, sem considerar as exclusões próprias da formação escravocrata e colonial brasileira e sem considerar a constante precarização do trabalho, inclusive do trabalho em saúde. Assim, "Enquanto houver capitalismo haverá manicomialização, com RP ou não" (Costa; Mendes, 2020, p. 50)

2.4 Tá, mas o que é saúde mental?

A noção de saúde mental nasceu com especialidade médica da psiquiatria, quando passou a ser separada de toda a "saúde" e tratada como uma parte do indivíduo, categorizada e classificada dentro de sinais e sintomas que são considerados normal ou anormal. A psiquiatria surgiu em um contexto de advento do modo de produção capitalista, no século XVII, em um cenário, onde o enclausuramento/isolamento já era uma prática voltada para os chamados "mendigos, desempregados, pessoas sem teto" (Desviat, 2015, p. 21). É nesse cenário que surgiu a psiquiatria, com o movimento dos chamados alienistas que tem alguns nomes de destaque, como Esquirol e Pinel. Os alienistas propuseram que os ditos loucos fossem separados em um novo espaço, longe dos mendigos e de todas as outras pessoas. Nascendo os manicômios e a noção de que há uma doença separada do resto do corpo. Os doentes do corpo passaram a ser tratados em um dado lugar e os doentes da mente, da cabeça iam para esse novo espaço.

Como já apontado, o manicômio tem uma função histórica no modo de produção capitalista, junto com outras instituições, de dar conta do excedente populacional das cidades.

Mas, para isso, era necessário um sistema de classificação entre quem iria para o manicômio e quem não. Então, falar de saúde mental é, antes, falar do que é normal e anormal. No entanto, quem rege o que é normal e o que, não é?

Conforme Desviat (2018), há duas grandes maneiras de entender o que é saúde, o modelo da saúde individual e o modelo da saúde como assunto social, coletivo. Modelos estes que influenciam as perspectivas em volta da saúde mental: uma mais política, social e a outra mais psicopatológica, centrada em explicações individuais.

Portanto, a saúde mental tem, principalmente, dois caminhos, o foco na doença ou o foco na pessoa. Fanon (2008) observou que as primeiras teorias sobre a loucura eram essencialmente filogenéticas, ou seja, buscavam explicações biológicas para as questões relacionadas à saúde mental. Na visão orgânica, predominante na psiquiatria clássica, o comportamento anormal era justificado e entendido como uma manifestação externa de uma doença das funções superiores do sistema nervoso central (Jervis, 1985). Posteriormente, Freud com a psicanálise passou a enfatizar o aspecto individual dessas condições, o que marcou o surgimento das explicações ontogenéticas. Com Freud e o advento da psicanálise, enquanto campo de estudo, veio a fase das concepções dinâmicas. As explicações mais biológicas, por assim dizer, foram sendo substituídas por explicações da psicodinâmica, não havendo uma comprovação orgânica no cérebro do que se estava chamando de loucura. Assim surgiram os modelos estruturais das neuroses, das psicoses e afins que são produzidas pela história individual. O que se questiona é que talvez esse modelo também não seja tão diferente de um modelo mecanicista e determinista (Jervis, 1985), bem como ser embasado em uma explicação somente “internalista”, mantendo a separação entre doenças do corpo e da mente, entre dentro e fora.

Franz Fanon (2020) descreveu sua experiência no hospital psiquiátrico de Blida Joinville, na Argélia, onde ele e toda sua equipe tiveram dificuldades de intervenção com a ala de homens mulçumanos. Ele já trabalhava com base na socioterapia, com uma perspectiva de reuniões entre equipes e internos, organização de assembleias e eventos de maneira mais coletiva, no entanto, descreveu sua dificuldade com os mulçumanos que estavam internados. Enquanto no lado europeu, havia organização de saraus, jornais, no lado mulçumano havia pouco engajamento. Isso chamou a atenção dele e da equipe de que era preciso passar da “existência natural para a existência cultural” (2020, p.181). Era preciso olhar para a cultura, a morfologia daquela sociedade: como era a religião, a moral, a forma de trabalho que eram diferentes e que foram sendo extirpadas com a colonização francesa. “O biológico, o

psicológico e o sociológico haviam se separado apenas em razão de uma aberração do espírito. Na realidade, eles estavam indissociavelmente ligados" (2020, p. 181). Aqui o autor entendeu a necessidade de a psiquiatria da época levar em conta uma perspectiva sociogenética para compreender a saúde mental. Não havia como falar de normal ou patológico sem antes entender as formas de sociabilidade.

Aliado a uma perspectiva crítica e social que olha para o todo diverso, falar em saúde mental é sobre pensar nas suas múltiplas determinações, pensar na totalidade. Os níveis de saúde mental de uma determinada população em um dado tempo podem expressar a síntese de muitas determinações da realidade concreta (Marx, 2008). 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" (Costa; Mendes, 2020, p. 69)

O processo saúde-doença é complexo e, na perspectiva materialista, ele é dialético e não-unilateral, como processos de uma lógica formal das ciências (Costa, 2023). Nesse sentido, é importante se fazer algumas diferenciações. Anormal, loucura, doença mental, transtornos mentais são terminologias que expressam categorias abstratas sobre a realidade concreta (Costa, 2023), individualizando o fenômeno e não compreendendo o todo.

> A loucura existe; não é uma doença individual que de 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. (Godip, 1977, p.114/115 APUD Costa, 2023, p. 41)

Vive-se um momento histórico de popularização dos diagnósticos, sintomas e várias terapias para cuidar da saúde mental. Antes mesmo da pandemia de COVID-19, em 2019, a OMS apontava que 970 milhões de pessoas no mundo tinham algum diagnóstico de transtorno mental, sendo os mais comuns e de maior prevalência, os transtornos de ansiedade e depressão que aumentaram consideravelmente em 2020. Também há dados que 283 milhões de pessoas, em 2016, tinham diagnóstico de transtornos por uso de álcool, bem como 36 milhões, tinham o de transtorno por uso de drogas. (OMS, 2022). Em 2019, também, a prevalência de transtornos mentais era a maior do mundo em todo o continente americano, com 15,6% (OMS, 2022). Notícias recentes apontaram que o Brasil teve o maior número de afastamentos do trabalho por ansiedade e depressão, em 2024, foram quase meio milhão de pessoas que foram afastadas de seus trabalhos (Casemiro; Moura, 2025).

Algumas das principais ameaças à saúde mental na atualidade são, por exemplo, as "(...) recessões econômicas e desigualdade social, emergências de saúde pública, emergências humanitárias generalizadas com o deslocamento forçado; bem como a crescente crise climática" (Tradução Livre, OMS, 2022, p. 27). Se a saúde mental depende de muitos fatores, "a qualidade do meio social em que a pessoa se desenvolve está intimamente ligada ao risco de que esta sofra de uma doença mental e à probabilidade de que a doença se torne crônica." (Desviat, 2018, p. 24). Talvez uma realidade, tal como a atual de condições de trabalho precarizadas, alienação, desigualdades sociais demasiadas, a acumulação do capital em um estágio financeiro e globalizado, tudo isso deixe as pessoas mais adoecidas.

Falar em saúde mental é também falar de ambiente, de história, de colonialismo e das condições materiais da vida. Pensar em saúde mental é sim pensar em uma concepção ampliada de saúde, mas vai além, é pensar sociedade. Por isso, o que aqui é proposto é

> [...] mudar a ótica e ver a saúde ou os transtornos mentais não de dentro para fora, mas de fora para dentro; não como a manifestação de um funcionamento individual interno, mas como a materialização em uma pessoa ou grupo do caráter humanizador ou alienante de uma trama de relações históricas. (Martin-Baró, 2017, p. 224)

É sempre importante retomar a pergunta quem define o que é anormal? "O louco é aquele que é 'estranho' à sociedade. E a sociedade decide se livrar desse elemento anáquico" (Fanon, 2020, p.271). Os saberes e as práticas que permeiam a saúde mental

> Não por acaso, (re) produzem explicações que nada ou pouco explicam, mas descrevem ou, quando explicam, acabam incorrendo em explicações funcionalistas, individualistas, de caráter mistificador, sejam elas organicistas-biologizantes, mormente pela psiquiatria, ou psicologizantes, sobretudo pela psicologia e psicanálise. (Costa, 2023 p. 39)

Explicações essas que passam pela "(...) concepção de um homem universal, europeu/branco/burguês/masculino/cisheteronormativo" (Passos, 2023 p. 48) como uma concepção de normal e ideal de humanidade. Tudo que foge à regra passa ser alvo de correções, retaliações, internações e aprisionamentos. Não é incomum na atualidade, por exemplo, a associação de saúde mental com funcionalidade no trabalho e se manter produtivo. Segundo a OMS, saúde mental pode ser definida como:

> Estado de bem-estar mental que permite que as pessoas enfrentem **as tensões da vida**, desenvolvam seu potencial, possam aprender e **trabalhar de forma produtiva e frutífera**, além de contribuir para sua comunidade. A saúde mental é um componente integral da saúde e bem-estar e é mais que a ausência de transtorno mental. (Tradução Livre, grifos nossos, OMS, 2022, p. 8)

Fanon (2020) trouxe que se o critério é o trabalho, então o desempregado estaria doente? De que trabalho estamos falando? As prostitutas são trabalhadoras. Ampliando a reflexão: pessoas em situação de rua são trabalhadoras, mas sob condições de trabalho informais e vulnerabilizados. Por que, então, são tão internadas, medicalizadas e rechaçadas pela sociedade? Será que elas não enfrentam as tensões da vida?

E os números alarmantes de afastamento do trabalho em função de diagnósticos de depressão e ansiedade? Essas pessoas estão doentes porque não trabalham? Ou adoeceram por conta do trabalho? Essas pessoas também não enfrentam as tensões da vida e são improdutivas?

A acumulação do capital tem como sua contrapartida uma massa de trabalhadores do outro lado cada vez maior e mais pobre e sem condições de vida. Sem adentrar muito no tema, o que está se falando é que a forma de trabalho traz sofrimento, adoecimento, justamente por ser um trabalho alienado. “Entre as causas do suicídio, contei muito frequentemente a exoneração de funcionários, a recusa de trabalho, a súbita queda de salários em consequência de que as famílias não obtinham os meios necessários para viver, tanto mais que a maioria delas ganha apenas para comer” (Marx, 2006 p.48).

Recentemente, foi publicado no Brasil, um livro sobre a experiência de um Coletivo de Pacientes Socialistas (SPK), que atuou dentro da Clínica Psiquiátrica da Universidade de Heidelberg entre 1970 e 1971. Apesar do pouco tempo de duração, devido aos vários boicotes e desafios que passaram nesse período, ocorreram muitas reflexões sobre o processo saúde-doença e as contradições que esses conceitos trazem consigo.

O coletivo parte de algumas premissas e entre elas está justamente que a doença, a miséria e o sofrimento de cada pessoa são reais (SPK, 2024) mas devem ser compreendidas na sua totalidade e não de maneira unilateral. Para o coletivo, a doença “é a alienação subjetiva enquanto miséria corporal e psíquica vivida por cada um” (p. 30), é a contradição entre a violência natural do capitalismo e a vida. “(...) a doença é tanto o produto quanto a negação das condições de vida” (SPK, 2024, p. 75). Objetivamente, a doença é uma força para transforma as condições de vida e subjetivamente, a doença obriga a pessoa a ter consciência de si mesma (SPK, 2024). No entanto, a doença, na sociedade do capital, é tratada, isolada, curada, sendo roubada do sujeito.

Nesse sentido, vem a crítica ao próprio conceito de saúde e ao sistema de saúde nesta sociedade. “O sistema de saúde enquanto instituição e controle da força de trabalho defeituosa (essa a função objetiva do seu instrumental terapêutico e diagnóstico) suspende

automaticamente os direitos fundamentais. Ele reduz o paciente a um papel de objeto.” (SPK, 2024, p. 91)

Para o coletivo, saúde é um conceito capitalista, burguês e que não deveria ser entendido como o contrário de doença. Só o é, porque o sistema de saúde, neste contexto, tem como função “a manutenção e elevação do nível de explorabilidade da mercadoria força de trabalho” (SPK, 2024, p. 89), bem como garantir que haja a mais-valia das industrias ligadas a saúde: farmacêutica e técnico-operacional. Assim, quem define o que é saudável ou doente é o próprio capital, pois diz respeito a mercadoria força de trabalho (SPK, 2024). Esse é o processo de reificação do sujeito.

Concordando com Costa (2023), quando se fala de SM, as explicações hegemônicas tendem a colocar como sinônimo de doenças que devem ser curadas pelos sistemas de saúde. Falar de SM parece ser falar de diagnósticos, transtornos mentais, manuais médicos e classificações internacionais que “(...) tratam o sintoma ou um determinado número de sintomas como se fossem o fenômeno em si” (p.38) e que pouco explicam. Ao questionar o que é determinado diagnóstico, será dado como resposta que é um conjunto de sintomas e, ao se perguntar o contrário, o que são os tais sintomas, será dado o diagnóstico como resposta. Incorrendo, assim, em uma explicação cíclica que pouco explica e que desconsidera o movimento dialético e as contradições da realidade (Costa, 2023; 2024).

O ponto é que essas explicações hegemônicas coadunam com o capitalismo atual que é centrado em uma concepção de ser humano individual. Ao separar a matéria da SM da matéria da realidade e do humano como um todo, colocam para dentro a explicação, dificultando uma transformação. E, ao colocar essa matéria como exclusividade de algumas profissões, colabora-se para uma especialização e individualização da chamada saúde mental que pouco dá margem de ação e atuação na/da sociedade e no/do coletivo.

> O problema reside em uma pobre concepção de ser humano, reduzido a um organismo individual, cujo funcionamento poderia ser compreendido com base nos seus próprios traços e características e não como um ser histórico, cuja existência é elaborada e realizada em uma rede de relações sociais. (Martin-Baró, 2017 p.223)

Fanon (2020) também questionou se o critério para o sujeito ser considerado normal é nunca criar alguma dificuldade, algum problema para o grupo? Numa sociedade marcada pela desigualdade e pela violência deveria ser esperado que haja problemas e haja sofrimento, bem como reações como protestos, reinvindicações, lutas sociais e conflitos. Ou mesmo reações consideradas impróprias, como brigas nas ruas, uso abusivo de álcool para se esquentar nas ruas

e para dormir. Há de se entender que, quando não tem nada e a pessoa que está na rua ou em condições de extrema precariedade, ela tentará sobreviver como pode e talvez esse modo não seja o classificado como normal.

É possível ter reações ditas estranhas ou anormais dentro de um contexto que já não era 'normal', que poder muito bem entendido como normal. Matin-Baró (2017) descreve uma visita a um grupo de camponeses desalojados pela guerra em El-Salvador e que muitos deles apresentavam características que poderiam ser taxadas de paranoia, ou, nos dias atuais, de delírio persecutório, ansiedade: eles estavam em estado de alerta, vigilância e desconfiança de qualquer um que se aproximava. No entanto, "(...) tratava-se da reação mais normal que se poderia esperar diante das circunstâncias anormais que eles tinham que enfrentar (2017, p.225).

Se invertermos a lógica do dentro para fora, a questão da saúde mental deixa de ser um problema terminal, final e que pouco tem de atuação e é convertida em um problema anterior, fundante (Matin-Baró, 2017). Se a saúde mental também está no fora, ela é histórica, relacional e aqui a margem de atuação é maior. Talvez seja mais difícil, mas não incorre em uma explicação e atuação que só trabalha com sintoma individual e interno e que só mantém todo o aparato social.

O sintoma individual é contextual, é uma resposta a uma violência, a um tratamento. Entre as experiências de reformas psiquiátricas italianas, Basaglia e toda a equipe do Hospital de Gorizia, da década de 1960, escreveram sobre a tentativa de fazer uma Comunidade Terapêutica (CT) na instituição. As CTs tinham a proposta de tornar o manicômio, uma comunidade, assim havia reuniões, decisões coletivas, divisões de tarefas, mas não havia chaves e trancas, os pavilhões foram sendo, aos poucos, abertos. A experiência foi prévia a do Hospital de Trieste que inspirou a Reforma Psiquiatrica brasileira, mas está toda descrita no livro a Instituição Negada e muitos dos textos cabem para uma reflexão da atualidade.

Talvez a maior conclusão, reflexão está que o manicômio é opressivo e expressão de uma sociedade, ele destrói o doente (Basaglia, 1985). E se essa violência vai desaparecendo, vai desaparecendo também os sintomas, características violentas do doente mental (Jervis, 1985, p. 265). "O doente mental perde suas características 'incompreensíveis' a medida que consegue inserir sua própria enfermidade num contexto em que são respeitadas a existência e as razões" (Jervis, 1985, p.265).

A violência do manicômio é como a violência de outras instituições que prevê uma divisão entre quem tem o poder e aqueles que não o tem, quem "(...) *empunham a faca contra os que se encontram sob sua lâmina*" (Basaglia, grifos do autor, 1985, p101). Para o SPK

(2024), quem for trabalhar com os sintomas, deve lidar com a violência da sociedade capitalista e a organização da contra-violência, entendendo o sintoma como uma inibição e um protesto ao mesmo tempo.

Ir para "externo" é estar diante de uma violência anterior, percebendo que o modo de produção capitalista funda mais um sofrimento, por meio de mais um processo de reificação/ alienação, quando vai classificando as pessoas, tornando-as diferentes, colando uns mais humanos do que outros, e competidoras entre si por uma sobrevivência nessa economia de mercado, "[...] a deterioração da convivência social é, por si só, um grave transtorno social, uma piora em nossa capacidade coletiva de trabalhar e amar, de afirmar nossa peculiar identidade, de dizer nossa palavra pessoal e comunitária na história dos povos" (Martin-Baró, 2017, p. 229).

Fanon (2008, 2020) trouxe luz para a abordagem sociogenética como necessária para se compreender o normal-patológico, porque observará, em seu trabalho, bem como na militância na Argélia, os processos de dominação não somente entre trabalhador-patrão, médico-paciente, mas verá o processo colonizador-colonizado. E, por isso, que para entender aqueles que estavam internados com os quais ele deveria atuar como psiquiatra, ele deveria entender quem eram antes da colonização, entender o "(...) processo de produção do colonizado" (Costa; Mendes, 2020).

A violência colonial animalizou, coisificou as pessoas que viviam nas colônias, colocando-as como parte da natureza do local e como sem qualquer história, para forçá-las a trabalhar para o colonizador. Foi preciso classificar as pessoas sobre um prisma racial, onde a lente era a do branco e aquelas divergentes desse modelo, eram jogadas na "zona do não-ser" (Fanon, 2008; Passos, 2023).

Em um curto texto, Fanon (2020) analisa a preguiça do colonizado em relação ao trabalho. O colono chega ao local manda que o nativo trabalhe para ele, num modo de trabalho desconhecido até então, a tal da preguiça nada mais era que uma não colaboração com o colonizador, o que gerava mais violência para garantir o trabalho forçado colonial. "O trabalho, na medida em que fecunda o ser humano, é privilégio do colono; só o colono trabalha, ao mesmo tempo, a natureza e as criaturas." (Fanon, 2020, p.276). As colônias não poderiam enriquecer, mas eram usadas para extrair o máximo de lucro para as metrópoles. O capital não só dita o que é saúde e doença (SPK, 2024), mas também o que é humano e não-humano.

Em Condenados da Terra, Fanon (1968, p. 212) traz que a "(...) colonização, em sua essência, se apresentava já como uma grande fornecedora dos hospitais psiquiátricos. Em

diversos trabalhos científicos temos, desde 1954, chamado a atenção dos psiquiatras franceses e internacionais para a dificuldade que havia de "curar" corretamente um colonizado". E não por um acaso, ele retrata que o período mais calmo da colonização, antes da guerra de libertação nacional, foi possível pelo grande número de internações nos hospitais psiquiátricos. O período calmo e vitorioso da colonização gerou uma possível patologia diretamente relacionada com a violência colonial.

Nesse sentido, Fanon chama a atenção que a violência manicomial, institucional e da sociedade capitalista, em boa parte do mundo e se pode trazer para a realidade brasileira, por conta da sua história de exploração, é uma violência colonial, antes de ser manicomial. Por isso, Rachel Gouveia Passos (2023) cunhou o termo violência "manicolonial" para se referir a realidade nacional.

> [...] quando consideramos nosso processo formativo, de base colonizada, escravocrata, com um capitalismo dependente, vemos os fundamentos e substratos da manicomialização – segregação/asilamento, controle e violência – não apenas no tratamento do sofrimento mental, mas no trato à classe trabalhadora como um todo (Costa; Mendes, 2020, p.50)

Partindo da noção de que a doença/ loucura é uma alienação "(...) de si, do mundo, das coisas, dos outros (...) No que se refere ao colonizado, a alienação mental expressa um ser cindido pela própria cisão colonial que faz dele um não-ser, um não-humano, ao defrontá-lo com o ser humano, de fato: o europeu, o branco." (Costa; Mendes, 2020, p. 69).

Como falar de saúde mental nesse cenário todo? Como pensar saúde mental sem recorrer a perspectiva do adoecimento e do sofrimento? Parece que falando tanto do modelo individual, patológico, incorre-se em doença; mas ao falar do modelo social e político, também se incorre em outro tipo de doença que é a forma como a sociedade está organizada. A sociedade baseada na divisão de classes, na alienação do trabalho e na constante alienação do sujeito é violenta, segregadora e produtora de adoecimento mental. A lógica manicomial é resultado e cumpre uma função bem estabelecida dentro dessa lógica e, por isso, "Enquanto houver capitalismo haverá manicomialização, com RP ou não" (Costa; Mendes, 2020, p.50), pois a centralidade é no trabalho que deve produzir capital de qualquer maneira. Por isso, é preciso ir além dos dois modelos de compreender saúde, é preciso rever conceitos, rever o que é normalidade e loucura, o que é ser doente ou saudável, talvez pensar em saúde não como mais uma forma de alienação.

> O empoderamento do cidadão, o envolvimento da população nas formas de gerir a saúde e a doença, os saberes profanos no conhecimento, na construção do saber sobre a saúde [...] não se trata tanto em pensar *a* saúde como de pensar *em* saúde a partir de

> uma cidadania incorporada como sujeito ativo no processo. (DESVIAT, 2018, p.21-22)

Deve-se ir além de substituir serviços de saúde mental, ir além das nomenclaturas como paciente, doente, cliente ou pessoas em sofrimento mental, como a tradição da atenção psicossocial brasileira fala. É preciso produzir saúde. Por isso, toma-se emprestado o termo "Saudementalização da vida" de Pedro Henrique Antunes da Costa (2024) que aponta que ainda há a permanência na lógica da doença, por mais que se tente criar outros termos. Falar em saúde mental ainda é falar em não saúde. "(...) o crescimento da relevância da saúde mental em nosso tempo deve ser avaliado criticamente quanto às suas múltiplas determinações, mediações e implicações (...)" (Costa, 2024, p. 42). Permanece a lógica de separação mente e corpo que fragmente e aliena o sujeito de si mesmo. E mais atual, a separação entre um corpo e as funções cerebrais e neurológicas. O ser social está sendo decomposto em mais especialidades, cada vez mais a-históricas, uma "mente social ou um cérebro social" (Costa, 2024, p. 44).

Vive-se o advento das terapias como solução do problema todo da relação sociedade-pessoa, há uma maior aceitação das profissões psis, mas uma aceitação e uma crença de que são os salvadores do sofrimento, do adoecimento. As terapias, bem como a medicalização são aspectos do mesmo problema.

> Medicalização da sociedade, o consumo exagerado de terapias e medicamentos para tudo, procura transferir para os medicamentos as insatisfações da vida cotidiana e as falhas do sistema social. Todos os doentes, todos os que sofrem de transtornos, qualquer manifestação de mal-estar será medicalizada por toda a vida" (Desviat, 2018, p. 25)

Ainda falta pensar em saúde como vida e não como doença/sofrimento. É preciso desprivatizar o cuidado em saúde mental, voltar ao coletivo. Costa (2024) dá algumas pistas em seu trabalho que talvez possa ser uma saída olhar para os cuidados realizados no bojo dos movimentos sociais que são coletivos que fortalecem as relações e não as isolam mais ainda. A inversão dentro-fora, fora-dentro, não se deve ser feita somente na explicação epistemológica do que é normal, mas essa inversão deve ser feita no cuidado, na relação. Entendendo aqui cuidado como procurar produzir "(...) uma vida humanizada, não alienada, não exploratória, não oprimida" (COSTA, 2024, p. 63).

O Coletivo Socialista de Pacientes (SPK, 2024) procurava partir das necessidades dos pacientes e a partir da agitação pessoal e coletiva como unidade de trabalho terapêutico. A ideia não era pacificar, medicar sintomas, mas promover uma organização a partir do coletivo, com grupos de trabalho e a partir de proteger os membros ditos mais fracos através do coletivo.

Entendendo que a agitação, talvez vista como sintoma de uma doença, também devia ser vista como produtora de vida. E eles tinham como meta de produto final: "**Emancipação – Cooperação – Solidariedade – Identidade política**" (Grifo do autor, p.39). O sintoma, a agitação, deveria ir para o coletivo, numa lógica inversa do que é propagado pelo tratamento do isolamento ou pela prática de terapia individual, "[...] o sistema de saúde capitalista perpetua esse isolamento ao tratar os sintomas não como algo produzido coletivamente, pelo contrário, como um destino individual, como culpa e fracasso. (SPK, p.89)

É preciso produzir saúde não no sentido de saúde como sinônimo de produtividade para o capital, mas produzir vida. Na realidade brasileira, um lugar de produção de saúde e cuidado coletivo, pegando emprestada a referência de Passos (2023) e David (2023), foram os quilombos: "(...) os quilombos existiam em todo o país como a contrapartida, o modos de resistência organizada do povo negro contra a superexploração de que era objeto" (Gonzalez, 2020ª, p. 51 *apud* Passos, 2023, p.110)

Não havia propriedade privada em Palmares, não havia a lógica de acumulação do capital e não havia a noção de liberdade como a do direito do Estado capitalista, mas como uma noção de relação de ser e estar no mundo (Passos, 2023). Os quilombos foram os locais que receberam os rejeitados do território brasileiro, "(...) os ditos revoltos, escravos, fugitivos, selvagens, perigosos, anormais, loucos, prostitutas (os) e alcoolatras, entre outros indesejáveis (...)" (David, 2023, p. 146). E, nesses espaços, eram visados e são visados a "(...) liberdade, a luta, emancipação, dignidade humana, direitos culturais, demarcações de terra para moradia (...)" (David, 2023, p. 146). Nesse sentido, reafirma-se a proposta de aquilombar a saúde mental, principalmente a brasileira, como uma estratégia de pensar saúde de maneira mais coletiva e menos alienante dos sujeitos, e também antirracista e anticapitalista.

Se faz importante relembrar a luta antimanicomial brasileira e a radicalidade que ela traz consigo.

> É preciso sustentar que uma sociedade sem manicômios reconhece a legitimidade incondicional do outro como o fundamento da liberdade para todos e cada um; que a vida é o valor fundamental; que a sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, socialista e anticapitalista. (CARTA DE BAURU – 30 ANOS, 2017)

A sociedade sem manicômio é uma sociedade não medicalizada, não psicologizada e nem saudementalizada, deve ser uma sociedade de vida, emancipada.

CAPÍTULO 3. PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA, ESTIGMAS E EXCLUSÕES

Um mar de telhados e poucos lares
Um vendaval de portas
No íntimo de uma reforma agrária
Um quarteirão de uns indivíduos sem teto
Um monte de gente sem cobertura
Um monte de cobertura sem gente
Descobertos
Os homens caminham em meio a chuva
As sombras estão encobertas em números
Monstros que habitam o imaginário
Muitos monstros que assombram o homem
Palpável o real,
Inúmeras aberrações perpetuam o privilégio
E herdam o direito de possuir
Terras, pessoas e bens
Como enxurrada, arrastando tudo
Lavando cidades inteiras, em um mar de sangue
Não é falsa gratidão
Pelo nada que tenho, é que mudar de condição
Não depende só do meu empenho

(Daniel Skova feat. Flavia Mildres e Paula Gualberto)

3.1 O fenômeno da População em Situação de Rua no Brasil

Falar do fenômeno de pessoas que utilizam a rua e lugares públicos para sobrevivência é falar sobre a questão social. Há um entendimento, aqui, que o fenômeno da loucura, do sofrimento e tudo que decorre dele, como a manicomialização, a medicalização e mesmo o a "saudementalização" (Costa, 2024) da vida são expressões da questão social, atrelado diretamente ao modo como a sociedade capitalista está organizada e também há o entendimento de que a População em Situação de Rua é "(...) uma expressão radical da questão social na contemporaneidade" (Silva, 2009, p. 106).

Importante resgatar que o período nomeado de Acumulação Primitiva deu as bases para o surgimento da PopRua. Foi nesse período que e deu o momento de expropriação dos camponeses de suas terras para 'liberá-los' como força de trabalho e para expulsá-los da recém-chegada/nomeada propriedade privada. Essas pessoas eram servas no sistema anterior, de feudos, porém esse modo de produção se caracterizava pela repartição de terra entre camponeses e mesmo em um sistema desigual, havia habitação e terra para cultivo por essas pessoas (Silva, 2009).

O que esse período faz é a absoluta separação entre as duas classes necessárias para o modo de produção capitalista existir: de um lado os detentores do dinheiro e dos meios de

produção; e do outro os que só possuem seu trabalho para vender, "(...) processo que, por um lado, transforma em capital os meios sociais de subsistência e de produção e, por outro, converte os produtores diretos em trabalhadores assalariados (Marx, 2013, p. 961). Esse período é retratado pelo autor como violento, em que as pessoas foram expulsas à ferro e fogo. O surgimento do capitalismo foi debaixo de violência e sangue.

Assim, muitos dos camponeses foram lançados às ruas ou ocupavam casas e castelos. Era uma massa livre de proletários, livre e sem nada. O trabalhador foi liberto para uma situação de "absoluta pobreza e degradação humana" (Silva, 2009, p. 97).

> [...] os que foram repentinamente arrancados de seu modo de vida costumeiro tampouco conseguiam se ajustar à disciplina da nova situação. Converteram-se massivamente em mendigos, assaltantes, vagabundos, em parte por predisposição, mas na maioria dos casos por força das circunstâncias (Marx, 1984, p. 980)

Essa população foi alvo de políticas brutais do Estado burguês que criou legislações que dificultassem o acesso à propriedade, mas também de punição para os que não tinham trabalho (Santos; Sarreta; Guilherme, 2023), alvos de políticas punitivas, como açoites, prisões, condenados a retornarem a suas terras, foram escravizadas e assassinadas. Foram culpabilizadas e punidas por um problema que não foi criado por elas, como se a escolha das condições em se encontravam fosse puramente individual (Monzeli, Cagnin; Navarro, 2023). "[...] a mulher e o homem são levados a morar na rua por uma condição imposta pela sociedade de classes, organizada para defender a mercadoria e o mercado, e a não a pessoa e a vida" (Tiene, 2004, p. 19 apud Silva, 2009, p. 97)

Ao falar sobre a população supérflua, Engels (2010) conta sobre as modificações e discordâncias que a classe burguesa tinha em relação a lei dos pobres vigente na Inglaterra no século XIX. Importante apontar que essa lei nada mais garantia que a sobrevivência por meio de um subsídio: quando os salários estavam muito baixos, em situações de desemprego ou quando tinham muitos filhos, obrigava pais a pagarem pensão aos seus filhos de outros casamentos. A classe burguesa olhou para essa estrutura, baseados em teorias de livre concorrência, e viu que esse sistema atrapalhava a indústria e os vínculos familiares, protegendo os desonestos, os viciados e irresponsáveis. "(...) a assistência favorece a preguiça e o aumento da população supérflua" (Engels, 2010, p. 317).

A criminalização, a culpabilização individual da pobreza nasce com o capital e a consequente estigmatização, preconceitos e todo o imaginário social ao redor do pobre. O capital precisa de uma população excedente e pobre, mas culpa o próprio individuo sobre sua situação para não assumir sua responsabilidade e, assim, manter sua acumulação. Para isso,

polícias, prisões, manicômios, médicos e saberes de saúde cumpriram um papel de ‘resolver’ este problema. O louco e o mendigo, talvez fossem o mesmo sujeito, sofrendo a violência dos aparatos do Estado burguês. O manicômio tinha, entre as suas funções, a de refugiar pobres e aqueles que precisavam de um ambiente protegido, mas também a de esconder e ‘proteger’ a sociedade dos supostos perigosos, sob classificações de psicopatogias (Desviat, 2015).

> Vocês, os pobres, têm o direito de existir, mas apenas de existir; não têm o direito de procriar, assim como não têm o direito de existir em condições humanas. Vocês constituem uma praga e, se não podemos eliminá-los como às outras pragas, devem sentir-se como tal, devem saber que serão controlados e impedidos de criar novos supérfluos, seja diretamente, seja induzindo-os à preguiça e ao desemprego. Vocês vão viver, mas apenas como exemplo para advertir a todo aquele que possa vir a ter ocasião de tornar-se supérfluo. (Engels, 2010, p. 317)

É sobre essas condições históricas e estruturais que surge o que foi nomeado de pauperismo. O surgimento das cidades, da manufatura e a crescente concentração de capital vão sendo terreno para a formação de uma classe de pessoas que Marx nomeou de superpopulação relativa (Marx, 2013; Silva, 2009) que não parou de crescer, desde então.

> [...] o desenvolvimento do capitalismo quebra as resistências à criação de uma superpopulação relativa ou exército industrial de reserva, que mantém a oferta e a procura de trabalho e também os salários em sintonia com as necessidades de expansão do capital (Silva, 2009, p. 97)

Para a existência da acumulação do capital, é preciso extrair uma mais-valia que vem do trabalho não pago dos trabalhadores. Trabalho esse que tem seu valor regulado por muitos fatores, mas um deles é o próprio crescimento do exército industrial de reserva. A acumulação do capital cresce e com ela cresce uma população trabalhadora adicional, supérflua, que está ali disponível ao capital, caso necessidade e como reguladora dos salários (Marx, 2013). A PopRua está justamente localizada no agrupamento social que compõe potenciais proletários, a superpopulação relativa, exército industrial de reserva ou população supérflua (Engels, 2010), sendo necessária sua existência para a manutenção dos preços do salário e manutenção dos valores da mercadoria. “(...) para que o modo de produção capitalista funcione, precisa desempregar ou empregar de forma precarizada uma parcela cada vez maior do proletariado (Monzeli, Cagnin; Navarro, 2023, p. 205).

Sem se ater às definições da divisão da superpopulação relativa (Marx, 2013) entre flutuante, latente e estagnada, bem como a do lumpemproletriado, pois já o foram definidas, é importante entender que o fenômeno da PopRua tem na sua constituição “múltiplas determinações” (Silva, 2009), de modo que ela não está localizada em uma definição, mas é um

fenômeno complexo, diverso e que está intimamente ligado a estrutura do capital. A expansão do capital demandava continuamente mão de obra e fez com que as cidades surgissem com um acúmulo de pessoas ao redor das fábricas, pessoas estas que eram marcadas pela pobreza, fome e miséria e que estavam ali como uma forma também de ameaça e desmobilização das lutas políticas dos trabalhadores por melhores condições (Neves, 2023, Monzeli, Cagnin; Navarro, 2023).

A transição de um sistema baseado no feudo para um baseado no capital não foi rápida e nem tão bem aceita, por isso o uso de violência, de legislações contra mendicância e vagabundagem e a expulsão da população rural. Dessa forma, as manufaturas começaram a se instalar não dentro do continente, mas nos portos marítimos ou pontos que não havia tanta resistência do velho regime (Marx, 2013) e assim começou a exploração de outros continentes.

> 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. (Marx, 2013, p.998)

Essa exploração deu origem ao sistema colonial, sistema que aumentou a acumulação de riquezas pelos países europeus e foi útil, pode-se dizer assim, para acelerar a transição que vinha ocorrendo e um sistema para o outro.

Para falar de PopRua no contexto brasileiro é preciso falar desse sistema colonial é base da formação social desse país. Diferente da expansão manufatureira europeia, a sociedade brasileira foi nascida de um contexto de exploração da natureza, contrabando, violência e trabalho escravo, sobretudo da população negra.

> Tais métodos, como, por exemplo, o sistema colonial, baseiam-se, em parte, na violência mais brutal. Todos eles, porém, lançaram mão do poder do Estado, da violência concentrada e organizada da sociedade, para impulsionar artificialmente o processo de transformação do modo de produção feudal em capitalista e abreviar a transição de um para o outro. A violência é a parteira de toda sociedade velha que está prenhe de uma sociedade nova. (Marx, 2013, p.998)

A violência colonial vai além da violência de classe, pois era preciso ‘coisificar’ pessoas primeiro, tornando-as parte de uma natureza que não tem vontade e deveria ser forçada ao trabalho. Fanon (1968) analisou que a violência do mundo colonizado não é somente estabelecida sob a diferença de classes ou de supostas contas bancárias, mas antes, há uma

divisão entre os dirigentes que vem de fora e os que são originários do local onde está sendo colonizado, sendo antes, uma divisão de raça.

No Brasil, não somente os nativos brasileiros foram submetidos a essa violência, mas, principalmente, as pessoas escravizadas vindas de África e vendidas como mercadoria aqui no território brasileiro. A economia do Brasil se baseou na agricultura, nos grandes latifúndios sob domínios dos brancos/portugueses e, sobretudo, se estabeleceu "(...) à custa do suor e sangue dos povos africanos" (Santos; Sarreta; Guilherme, 2023, P.7).

> A sociedade brasileira sofre a influência em sua formação, com o desenvolvimento do capital mercantil a partir da invasão de Portugal e colonização desta terra, após se lançar aos mares com o objetivo de superar os bloqueios ítalo-mulçumanos e estabelecer novas rotas comerciais. No período colonial, a Holanda vendia trabalhadores escravizados para Portugal, em troca da venda de rapadura para a fabricação do açúcar comercializado na Europa. (Santos; Sarreta; Guilherme, 2023, P.7)

Destaca-se que a violência colonial vem acompanhada de todo uma organização de controle, desde o religioso, o policial, bem como o manicomial. Esta estrutura manicomial que tem a sua origem na violência técnica e autorizada pelo aparato social do capital (Basaglia, 1985) vai ser levada para o mundo colonizado. Assim, os hospitais nas colônias vão junto com os colonizadores com o objetivo de controle e isolamento de doenças trazidas com eles mesmos, mas também com a intenção de isolar e controlar os que vagavam nas ruas (Assis, 2019). Abdias do Nascimento (1978, p. 65) já falava "(...) aqueles que sobreviveram aos horrores da escravidão e não podiam continuar mantendo satisfatória capacidade produtiva – eram atirados à rua, à própria sorte, qual lixo humano indesejável".

A classe trabalhadora brasileira foi se constituindo, assim, por negras e negros africanos arrancados e exportados de sua origem. Diferente de outros países colonizados na América Latina, o Brasil foi o que mais recebeu africanos, tornando o cenário de constituição deste território mais complexo (Assis, 2019) e mais violento ideologicamente.

Esse cenário foi chão fértil para o surgimento de teorias higienistas e eugenistas. "O terror e a truculência naturalizada em terras brasileiras compuseram-se pela justificativa dos saberes psiquiátricos, eugênicos e criminológicos, afirmando que a população negra é ontologicamente desviante, perigosa e sem razão" (Passos, 2023, p. 55)

Após mais de 300 anos de um período escravocrata, no século XIX, quando o Brasil teve a sua independência de Portugal, se iniciam uma série de políticas e legislações de influência europeia que criminalizavam parcela da população tida como 'vadia', processo parecido com a Europa na formação de suas cidades. Momento histórico em que se iniciou,

justamente, as vendas das propriedades que eram do império para fins de propriedade privada dando certo início ao fim do sistema escravocrata (Santos; Sarreta; Guilherme, 2023). Leis como a Lei de Terras, a Lei do Ventre Livre, do Sexagenário e a conhecida Lei Áurea fazem parte deste período. A questão fundiária é um dos cernes das desigualdades sociais brasileiras e de países latino-americanos e por isso a discussão de reforma agrária e regulamentação fundiária se tornam importantes no enfrentamento da questão social (Prates; Prates; Machado, 2011). Foram dois movimentos, o de transformar as terras em propriedade privada e de tornar as pessoas ex-escravizadas livres, mas sem terras e sem condições alguma de vida.

Medidas sanitárias como a de destruição dos chamados cortiços também são desse período, moradias ocupadas principalmente por ex-escravizados. Os médicos sanitaristas, visando diminuições de epidemias como a de febre amarela, culpavam os moradores destes locais sobre o surgimento de doenças (Galvão, 2024). Aqui se fortaleceu a ideologia higienista que modificou as áreas urbanas em ascensão, principalmente no Rio de Janeiro, então capital do Brasil, e colocou os moradores dos cortiços, em sua maioria negro, como sinônimo de insalubridade, doenças, mas também como mendigo, pobre ou ambulante (Galvão, 2024). É nesse mesmo século XIX, que o racismo ganha contornos científicos e a teoria da degenerescência foi fundamento para uma divisão da humanidade baseada na raça (Passos, 2023).

Essa ideologia permaneceu nas ações em saúde e ganhou maiores contornos depois que o Brasil se tornou República, no século XX. Os médicos sanitaristas e intelectuais se organizaram no movimento eugenista que tinha raízes em teorias como o lamarckismo ou neolamarckismo e o darwinismo que acreditavam que as características adquiridas eram passadas de geração em geração (Silva; Santos; França, 2023). Era o racismo travestido de ciência e que, no Brasil, influenciou os saberes da criminologia e da psiquiatria (Passos, 2023). Acreditava-se que "[...] as doenças venéreas, tuberculose, alcoolismo, promiscuidade, mendicância, entre outros, eram "males sociais" que degenerariam as futuras proles, por conseguinte prejudicariam a nação e o progresso" (Silva; Santos; França, 2023, p. 23)

Dessa maneira, as pessoas negras foram lançadas enquanto trabalhadores 'livres' e que poderiam comprar sua propriedade sem qualquer condição anterior, condições básicas para se colocar no novo modelo econômico e como pessoas vinculadas a ideias, estigmas, por assim dizer, de doença, mendigo, vagabundo, criminosos, viciados e loucos. Antes eram pessoas escravizadas, trabalhando a troco de nada, depois foram jogadas às ruas.

> 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. (Santos; Sarreta; Guilherme, 2023, p. 10).

No início do século XX, além das teorias de base eugenista que perpassavam as ações sanitárias de saúde, havia um acelerado crescimento das industrias e, por consequências, das cidades. Junto com esse crescimento veio a repressão aos que não trabalhavam e que tinham a rua como lugar de existência. Surgiu o Código de Menores, por exemplo, e instituições tutelares e de recolha de pessoas (Santos; Sarreta; Guilherme, 2023). Foram criadas estruturas penais, policiais, como uma seção específica para a "Mendicância", em delegacias, para recolher e punir a "vadiagem", bem como penalidades à ociosidade e criminalização de trabalhos em espaços públicos (Silva; Santos; França, 2023; Santos; Sarreta; Guilherme, 2023).

O ex-escravizado é, assim, parte principal do chamado exército industrial de reserva na constituição da classe trabalhadora brasileira em um Estado que se constituiu na ideologia da "ordem e do progresso". A diferença essencial é de que o negro não estava em igualdade com o branco, se constituindo como a "sobra da sobra" (Santos; Sarreta; Guilherme, 2023). Os "africanos livres" que sobrevivessem como pudessem (Nascimento, 1978) aos dois aparatos de controle do Estado capitalista, o complexo "industrial-prisional" e o complexo "industrial-famacêutico" (Davis, 2018; Passos, 2023) que estavam se formando no Estado brasileiro.

A constituição da PopRua brasileira passa por todos esses atravessamentos. São pessoas que constituem a classe trabalhadora e sofrem da exploração e precarização. No entanto, no Brasil, há contornos a mais que são necessários serem levado em conta. Como Silva, Santos e França (2023) resumem, o fenômeno da PopRua brasileira perpassa a inexistência de políticas reparatórias para população negra após o período de escravidão, a ação higienista do Estado e a urbanização acelerada acompanhada de uma ação repressiva à mendicância.

3.2 O Movimento da PopRua no Brasil: de "velho do saco" a sujeito de direitos

O Brasil é considerado um país de capitalismo dependente e que teve sua economia baseada na economia agroexportadora, contrapondo de um lado um acúmulo de terras enquanto grandes propriedades privadas (Guilherme, 2025) e de outro uma massa de trabalhadores ex-escravizados jogados a compor o exército industrial de reserva e que disputariam com os trabalhadores brancos imigrantes.

No entanto, a partir da década de 30, o cenário econômico começou a mudar. Começou um processo de industrialização do país.

> A Revolução de 1930 marca o fim de um ciclo e o início de outro na economia brasileira: o fim da hegemonia agrário-exportadora e o início da predominância da estrutura produtiva de base urbano-industrial. Ainda que essa predominância não se concretize em termos da participação Industrial na renda Interna senão em 1956, quando pela primeira vez a renda do setor industrial superará a da agricultura. (Oliveira, 2013, p. 9)

Com o período de governo Vargas e Juscelino Kubitschek, começou um processo de êxodo rural dentro do país (Guilherme, 2025). O Brasil foi deixando de ser apenas para extração de matéria-prima e passando a ter uma acumulação financeira, fase monopolista do capitalismo (Netto, 2011; Guilherme, 2025) como período de industrialização do país. Muitas indústrias como a automobilística, química, eletrônica, farmacêutica tiveram grandes perdas devido a Segunda Guerra Mundial e por isso se moveram para outros países (Oliveira, 2018).

O Movimento Nacional da População em Situação de Rua (MNPR)[1] conta que foi a partir da década de 50 que a PopRua começou a se tornar visível. Houve uma grande imigração de pessoas, principalmente, das regiões Norte e Nordeste para o Sudeste. Havia emprego em construções, pois as cidades estavam começando a surgir e a se urbanizar (Brasil, 2009). Para o MNPR (2009), duas figuras apareceram nesse período associadas simbolicamente à PopRua, o "velho do saco" que era simbolizado por um homem barbudo, cabeludo, com vestes sujas, maltrapilhas e que era perigoso, pois levaria as crianças que não obedecessem e outra que eram os chamados "moleques de rua", associados às crianças que não obedeciam e que ficavam a maior parte do tempo na rua brincando. Essas imagens foram associadas a valores ruins, pejorativos e que remetem diretamente a pessoas vivendo ou que estão no espaço da rua.

A movimentação da população rural para o espaço urbano jogou muitas pessoas para moradias marginalizadas, bairros mais afastados do centro, formando as periferias das cidades. Essa migração contribuiu para um crescimento desordenado e sem planejamento das cidades, surgindo aglomerações, favelas, bairros improvisados e sem estrutura (Guilherme, 2025). Importante dizer que nem todo mundo que foi para a cidade, conseguiu um trabalho de fato. Era preciso, por exemplo, certa qualificação e conhecimento em indústria, no entanto, o Brasil era uma economia de base rural. A industrialização também trouxe o desenvolvimento tecnológico que reduzia os salários, razão entre capital constante e capital variável.

[1] Esse texto está publicado no material "Rua Aprendendo a Contar: Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua" de 2009.

Assim, muitos dos que foram para as cidades, não só foram ocupar as periferias, mas tinham como forma de sobrevivência, ocupações precarizadas e violentamente reprimidas pelo Estado. “Morando nas periferias dos grandes centros urbanos e desempregados, restavam poucas alternativas às pessoas, e uma delas era vender mercadorias nos sinais de trânsito ou nas calçadas da cidade” (Brasil, 2009, p. 173).

O período de ditadura militar (1964 a 1985) foi um momento de intensificação de violências e repressão, mas também de acumulação do capital estrangeiro que vinha se instalando no país com a ajuda, principalmente, de uma burguesia nacional (Guilherme, 2025). Burguesia essa que era, predominantemente, agrária.

O capitalismo, no Brasil, se consolidou e se expandiu nesse período. “Nesse processo, as relações capitalistas adentram a realidade agrária, agrícola e agropecuária no país, sem abandonar as formas pré-capitalistas sustentadas nos grandes latifúndios. Trata-se da modernização conservadora” (Netto, 2014 apud Neves, 2024, p. 54), um economia de base agrária que estava se modernizando e acumulando capital.

O período da ditadura foi marcado também pela intensa mobilização social. Havia um crescimento das cidades, uma modificação da estrutura econômica nacional e na forma de trabalho. Com isso, movimentos de trabalhadores, de partidos, bem como os de direitos sociais como o da Reforma Sanitária e o da Luta Antimanicomial se fizeram presente. Movimentos operários, como da greve dos metalúrgicos do ABC paulista, entre 1978 e 1979 são um retrato deste período e posteriormente o próprio movimento de Diretas Já (Neves, 2024). “É importante destacar o papel significativo da classe operária no período, que se reinsere na cena política. As greves e mobilizações fortaleceram as lutas contra a ditadura militar e revitalizaram as lutas de classe, com o protagonismo do proletariado” (Neves, 2024, p. 56)

Conforme Antunes e Praun (2015), a partir dos anos 1970, o capitalismo é caracterizado por crises e pela estagnação da acumulação taylorista e fordista, era a crise estrutural do capitalismo que viria a transformar a forma do proletariado industrial. Essas crises econômicas contribuíram para as lutas sociais brasileiras desse mesmo período (Guilherme, 2025), tendo um cenário nacional ditadura militar junto com um contexto do capital em crise estrutural. Essa foi a base que culminou para o fim da ditadura e início da redemocratização do país na década de 80.

Em 1985, ainda sem uma ampla participação, houve a eleição de Tancredo Neves através do voto do legislativo, por meio do Colégio Eleitoral formado. Tancredo Neves veio a

falecer e assumiu seu vice, José Sarney. Esse é o marco inicial da chamada Nova República (Neves, 2024).

Em 1987, instalou-se a Assembleia Constituinte que levou à promulgação da nova Constituição Brasileira em 1988 (Neves, 2024; Guilherme, 2025), estava instituído o Estado Democrático Brasileiro. A constituição de 1988 permitiu um arcabouço denso de políticas sociais como a criação do Sistema Único de Saúde. O conhecido tripé da seguridade social: Saúde, Previdência Social e Assistência Social está definido pela constituição. No entanto, é preciso lembrar que a base estrutural é o modo de produção capitalista.

As chamadas crises do capital não significam que ele está diminuindo ou decaindo, mas que está buscando outras formas de se reinventar e se acumular (Mészáros, 2000 apud Bisco; Sarreta, 2019). Assim, em resposta aos obstáculos que acumulação sofreu a partir dos anos 70/80

> [...] um conjunto de medidas, articuladoras de velhas e novas formas de exploração do trabalho, passou a redesenhar a divisão internacional do trabalho, alterando também de forma significativa a composição da classe trabalhadora em escala global. (Antunes; Praun, 2015, p. 408).

A nova república brasileira, baseada em um Estado de direitos surgiu, quando no contexto mais amplo o capitalismo se organizava de uma forma diferente, o chamado neoliberalismo. Assim, no Brasil, de um lado se formava uma estrutura do campo legal, social baseada em uma tentativa de instituir um Estado de Direito com políticas sociais e de outro lado, também começava uma reestruturação produtiva, baseada na nova divisão do trabalho (Antunes; Praun, 2015).

O neoliberalismo nada mais é que uma resposta e uma estratégia de aumentar a acumulação e extrair a mais-valia: aumentar a produtividade e diminuir salários, vinculando-os diretamente à quantidade que se produzia. Essa forma de trabalho foi incorporada pelo Brasil recém democrático (Antunes; Praun, 2015). Privatizar o que era do Estado, flexibilizar direitos e relações trabalhistas, associar produtividade ao salário e desregulamentar as relações financeiras e comerciais desprotegendo os Estados e os diminuindo de forma a dar uma maior liberdade ao capital especulativo nos países (Netto, 2012; Antunes; Praun, 2015), bem como a subordinação de países da periferia do capitalismo ao Fundo Monetário Internacional (FMI) e ao Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird) (Silva, 2009, Neves, 2024). Foram essas algumas das estratégias do capital para se manter em acumulação. Não há mais um proletariado industrial, há uma expansão e aprofundamento da precarização (questão

social) das condições da classe trabalhadora. Esse é o cenário de mundialização do capital em que o Brasil se inseriu mais diretamente na década de 90.

> [...] há que se considerar que o Brasil não vivenciou um período de bem-estar social como os países centrais e, portanto, a flexibilidade das relações de trabalho é uma característica dominante e histórica do processo produtivo. O que ocorreu no Brasil na década de 1990, com a adesão às políticas neoliberais, foi o aprofundamento e a expansão da flexibilidade estrutural das relações de trabalho, o que contribui para a rotatividade de mão de obra. (Neves, 2024, p. 59)

Como já mencionado, a partir da redemocratização existem dois projetos societários em disputa: um mais coletivo, de direitos e outro de privatização e individualização da vida (Bravo, 2009). Os tensionamentos sociais giram em torno dessa disputa.

Apesar desse cenário, foi após a promulgação da CF e abertura política que a PopRua começou a se organizar coletivamente enquanto um movimento social. Movimentos como o Movimento Nacional de Catadores de Materiais Recicláveis (MNCR) começaram a surgir de maneira espontânea, sem nenhum apoio de poder público (Brasil, 2009), mas como uma necessidade de organização destes trabalhadores e como forma de luta pela obtenção de direitos nesta sociedade capitalista (Marcosin, 2009 *apud* Silva, 2023).

Em seu artigo sobre o histórico do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), José Arnaldo Gama da Silva (2023) conta que houve no início, nos anos 80 e 90, uma relação da PopRua com movimentos da igreja católica, como a Organização Auxílio Fraterno (OAF) e, depois com a Pastoral do Povo da Rua. Essas entidades auxiliaram a organizar e a ouvir as pessoas que viviam na rua a partir de experiências como o Fórum da População de Rua na Casa de Oração e plenárias chamadas “Fala Rua” que começaram a acontecer na cidade de São Paulo (Silva, 2023).

Assim, alguns municípios como São Paulo e Belo Horizonte começaram a incorporar a PopRua na sua agenda municipal. (Ferro, 2012; Silva, Santos, França, 2023). Essa incorporação se daria por alguns fatores como o crescimento do número de pessoas vivendo nas ruas, principalmente nas cidades de médio e grande porte; a adoção de uma política econômica neoliberal que transformaria o papel do Estado que, devido às mudanças do mundo do trabalho, aumentaria subempregos e trabalho informal. (Ferro, 2012). Nos anos 90, ocorreram algumas movimentações como o Fórum Nacional de Estudos sobre População de Rua, em 1993, o Grito dos Excluídos, em 1995, e o 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis (Silva, Santos, França, 2023). Com a estrutura econômica de maior precarização do trabalho se faz até lógico ter um crescimento da PopRua.

A partir dos anos 2000, a organização coletiva foi se adensando e tomando dimensões nacionais. Em 2001 ocorreu a marcha organizada pelo MNCR em Brasília, em que alguns militantes da PopRua foram aproximados do movimento dos catadores, inclusive, tendo em vista que 27,5 % dessa população trabalha com materiais recicláveis (Brasil, 2009). E o marco mais trágico e decisivo para a organização coletiva da PopRua ocorreu em 2004.

> Em 19 de Agosto de 2004 ocorreu um fato que jamais vamos esquecer. Um episódio que ficou conhecido como chacina da praça da Sé, onde sete moradores de rua foram brutalmente assassinados, sem nenhum motivo que justificasse tamanha covardia. [...] A chacina da praça da Sé, lembrada sempre com muita tristeza por todos nós, moradores e ex-moradores de rua, é um marco histórico em nossa luta por direitos. (Brasil, 2009, p. 177)

Foi a partir da comoção que teve repercussão nacional sobre esse episódio que os coletivos que já vinham se constituindo, começaram a se mobilizar e a realizar manifestações por justiça e por visibilidade. Foi assim que aconteceu o 1º Ato pela vida em São Paulo e o 3º Festival Lixo e Cidadania em Belo Horizonte (Silva, 2023). Este último organizado pelo MNCR que foi um espaço onde a PopRua pôde ocupar, se formar e se organizar enquanto movimento de fato.

> O surgimento do MNPR se deve ao descaso das autoridades, à violência nas ruas e aos grupos que têm essa população como público alvo de trabalho. É claro que o Festival Lixo e Cidadania contribuiu, colocando nossas principais questões em discussão, sem intermediários, ou seja, diretamente entre nós, o poder público e os grandes estudiosos do tema [...] (Brasil, 2009, p. 181)

No ano seguinte, em 19 de agosto de 2005, ocorreu o Ato Contra o Massacre da População de Rua, organizado pelo movimento e parceiros, como a Pastoral do Povo da Rua. Assim, o dia 19 de agosto passou a ser considerado pelo MNPR como o dia Nacional da Luta da População em Situação de Rua e no mesmo ano, no 4º Festival Lixo e Cidadania, foi lançado oficialmente o movimento (Silva, 2023; Silva, Santos, França, 2023).

Importante dizer que o MNPR passou, então, a cobrar o poder público sobre políticas para esta população que passou a ser visível no âmbito da política nacional, se iniciando um processo de formação de uma política pública voltada para essas pessoas. Em 2005, ocorreu o I Encontro Nacional sobre a População em Situação de Rua, organizado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a aprovação da Lei n. 11.258, em 30 de dezembro de 2005, que incluiu a PopRua na Lei Orgânica de Assistência Social (Loas). (Silva, 2023). Posteriormente foi criado o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), composto por seis

ministérios e sociedade civil com representantes do MNPR e da Pastoral do Povo da Rua. Ferro (2012) conta que, apesar da mobilização, os principais ministérios que atuaram nesse GTI foram o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o que puxava as reuniões e o Ministério da Saúde, ainda que de maneira não tão protagonista.

Toda essa movimentação tem importância histórica, pois resultou no primeiro e único Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua que foi realizado em 71 cidades do país, entre 2007 e 2008, que caracteriza e identifica um pouco mais quem é essa população que usa a rua como moradia e sobrevivência. E também teve como fruto a publicação da Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua, de maio de 2008, que foi para consulta pública (Silva, 2023; Ferro, 2012).

O MNPR, agora fortalecido e com lugar nas discussões e proposições do GTI, em 2009 realizou o II Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua. Desse encontro, saiu o caminho para a publicação do Decreto nº 7053 de 2009, isso porque o movimento queria propostas concretas, dado que o documento anterior ainda era apenas uma referência (Ferro, 2012).

> [...] o grande desafio passou a ser que as propostas contidas neste documento fossem transformadas em direitos efetivos por meio de instrumentos regulamentares adequados (leis, decretos, portarias, etc.). Em suma, o desafio era construir políticas públicas referendadas legalmente e com financiamento regular. (Ferro, 2012, p. 7)

Assim, em dezembro de 2009, o presidente promulgou o Decreto nº 7.053 que instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (CIAMPRua). Apesar de ser um importante marco legislativo, ainda há uma limitação, concordando com Ferro (2012), pela ausência de menção concreta à outras políticas, não havendo propostas quanto a saúde, educação, trabalho, moradia e afins. O decreto tem uma centralidade na Política de Assistência Social, fazendo com que essa população ainda seja pouco incluída em outras agendas públicas, com exceção da Saúde.

No dia seguinte da sanção do decreto, foi assinada a Portaria nº 3.305, que instituiu o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua, no âmbito do MS, que tem como sua atribuição "propor ações que visem garantir o acesso à atenção à saúde, pela população em situação de rua, aos serviços do SUS" (Brasil, 2009).

De toda maneira, a partir deste marco legal, a PopRua passou a ser vista de forma diferente pelo Estado.

> Historicamente o Estado não atuou para garantir os direitos dos sujeitos em situação de rua, mas para segregá-los nas prisões, considerando que não havia políticas públicas para assegurar os mínimos sociais e, até 2009, inexistiam diretrizes nacionais específicas para o trabalho com esse público. A partir de 2009, portanto, o Estado passa a estabelecer diretrizes para atender as demandas da população em situação de rua, visando a promoção de direitos por meio do trabalho em rede. (Silva, Santos, França, 2023, p. 27-28)

Ao menos, perante o Estado, passou de ser um mendigo ou um "velho do saco" do qual todo mundo tinha medo (controle e repressão) ou pena (caridade, assistencialismo) para ser um sujeito que deve ou deveria ser escutado e tratado que nem uma pessoa de direitos que ocupa espaços de controle social e formula política públicas. Passando assim do paradigma filantrópico/benemerente para o paradigma do direito (Monzelli; Navarro; Cagnin, 2023).

3.3 A PopRua: vidas e territórios improváveis

Antes de mais nada, se faz necessária uma breve discussão sobre o termo "População em Situação de Rua" aqui utilizado. Talvez a língua brasileira ainda não tenha encontrado um termo para se referir à PopRua de uma maneira adequada. Já foram mendigos, conhecidos como os que pedem esmolas nas ruas, nas portas, nos carros, enfim aqueles que praticam a mendicância. No entanto, esta não é a única forma de conseguir algum sustento ou sobrevivência das ruas (Prates, Prates, Machado, 2011). Esse dado é comprovado pela Pesquisa Nacional que aponta que apenas 15,7% da PopRua, tem como principal meio de sobrevivência o pedir dinheiro.

> Muitos dos sujeitos que habitam as ruas não praticam a mendicância, o que foi explicitado em estudo do tipo censo realizado em Porto Alegre com sujeitos adultos em situação de rua (Reis; Prates; Mendes, 1995). Mostra o estudo que, de um total de 222 moradores de rua que, na ocasião, viviam na cidade, 47,5% costumavam esmolar, 50,2% recebiam alimentos da comunidade e 47%, outros auxílios como roupa, cobertores, dinheiro (Prates, Prates, Machado, 2011, p. 194).

Pode-se vir a imagem/conceito também dos andarilhos, os nômades que não tem lugar. Nessa definição, também entraria uma miríade de possibilidades, desde o solitário, famílias em deslocamento, os loucos da rua que andam por aí sem rumo e todos aqueles que não tem muitos pontos fixos (Prates, Prates, Machado, 2011), se tornando um nome pouco preciso.

O MNRP conta que muitos dos que vivem nas ruas podem ser chamados de trecheiros, definidos como "pessoas que buscam oportunidades de trabalho em outros lugares, ou que tem o desejo de conhecer novas cidades. Geralmente andam a pé, vivem do artesanato e pequenos

bicos (...)" (Brasil, 2009, p.174). Nome que também não dá conta de todos os que estão nas ruas.

Tem o típico nome "morador de rua" que afunila também o conceito, porque nem todos moram no sentido estrito da palavra, na rua. Tem os que alternam o espaço de moradia, entre rua e casas, entre abrigos e casas de acolhimento (Prates, Nunes, Bulla, 2022). A rua, muitas vezes, é passagem, é sobrevivência. Pode-se falar população de rua, pessoas de rua, então. Mas, concordando com Prates, Nunes, Bulla (2022, p. 33), "[...] ninguém é de rua, como não somos de casa ou de apartamento, vivemos nesses espaços e podemos amanhã deixar de neles viver".

A rua é um espaço que é ocupado de diferentes maneiras e não é estática no tempo, a rua tem sua própria dinâmica e vida. A rua pode ter alguns sentidos, entre eles o de abrigo que é utilizada circunstancialmente por aqueles sem recursos que se veem obrigados a ir para a rua, mas também pode ter o sentido de habitat para aqueles que fizeram na rua sua rede de relações (Vieira; Bezerra; Rosa, 2004 apud Silva, 2009), vivem na e da rua.

Talvez, então, o termo "situação de rua" melhor se aproxime desses entendimentos: há muitas ruas e muitas situações. Há uma diversidade complexa na rua, porém, há também discordâncias entre os termos População em Situação de Rua e Pessoas em Situação de Rua. A questão se dá pelo termo População remeter a uma homogeneização, massificação de um conjunto de pessoas que é extremamente heterogêneo. Assim, alguns autores preferem o uso de Pessoas em Situação de Rua (Sicari; Zanella, 2018).

Emerson Elias Merhy (2019) propõe o termo "coletivos viventes na rua", com um entendimento de que tanto o termo "população" como o "em situação de rua" não levam em consideração o desejo dessas pessoas que estão existindo e se produzindo enquanto existências nas ruas. A rua é um território produtor de vida, é um lugar onde se encontram pessoas vivas, mas é perigoso individualizar no desejo a situação de rua, pois pode-se incorrer no risco de não ver a totalidade do problema e de normalizar essa expressão da questão social.

Aqui optou-se pelos termos População ou Pessoas em Situação de Rua em acordo com o próprio MNRP que utiliza os dois nomes em seus materiais e referências (MNRP, 2010) e que também são utilizados nas políticas sociais, usando a abreviação de "PopRua", termo que vem sendo usado pelo Movimento e por aqueles que se aproximam através de trabalho e de pesquisas das pessoas que vivem na rua.

Dado todo esse debate, como definir e caracterizar a PopRua? Na definição legal, ela é caracterizada como um,

> [...] 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. (Brasil, 2009).

As pessoas que vivem na rua não são um grupo massificado, com características iguais e muito menos com histórias semelhantes. Para discutir o fenômeno da PopRua, toma-se como base o trabalho de Maria Lucia Lopes da Silva (2009), que pesquisou o fenômeno e sua relação com o trabalho como está dado na sociedade capitalista. Para a autora o fenômeno da PopRua tem múltiplas determinações, identificando seis aspectos que devem ser levados em conta para caracterizar a PopRua no Brasil.

Primeiro, é preciso considerar que é um fenômeno que possui múltiplas determinações: a ida para a rua tem múltiplos fatores. A autora divide entre estruturais (ausência de moradia, inexistência de trabalho e renda, mudanças econômicas e sociais de forte impacto social); biográficos, dependentes da história de cada pessoa (rompimento de vínculos familiares, saúde mental, uso de álcool e outras drogas, mortes na família, roubo de bens e etc); e por fim, os fatores ligados a natureza ou desastres (terremotos e inundações, por exemplo). Importante levar em conta que o "(...) fenômeno não se explica a partir de um único determinante" (Silva, 2009, p. 105), mas as causas estruturais são ligadas ao modo de produção capitalista e à acumulação do capital e, muitas vezes, são colocadas em segundo plano. É comum a PopRua estar associada somente a questões de vínculos familiares e uso de álcool e drogas, por exemplo, sem a devida compreensão do fenômeno.

O segundo aspecto, apontado por Silva (2009), tem a ver com o fenômeno da PopRua ser a expressão mais radical da questão social. Não dá para falar de PopRua sem falar de relações sociais capitalistas que partem justamente do processo de acumulação do capital. Da mesma forma, neste trabalho, também se parte do pressuposto que não dá para falar em saúde mental sem falar dessas mesmas relações. A questão social diz sobre as expressões de desigualdades sociais que o capitalismo engendrou quando modificou as relações com o trabalho, passando de um caráter coletivo para uma apropriação privada (Iamamoto, 2001). Processo histórico e não passivo, mas com enfrentamento e luta.

> A premissa é de que a análise da questão social é indissociável das configurações assumidas pelo trabalho e encontra-se necessariamente situada em uma arena de disputas entre projetos societários, informados por distintos interesses de classe, acerca de concepções e propostas para condução das políticas econômicas e sociais. (Iamamoto, 2001, p. 10)

Para analisar o fenômeno da PopRua, é preciso ir para a totalidade da realidade social e suas relações históricas, evitando incorrer em explicações que naturalizam e individualizam os fenômenos ou mesmo que colocam a questão social como uma "ameaça" à ordem social (Silva, 2009). Individualizar e separar em muitas temáticas sem considerar a "unidade do diverso" (Marx, 2008, p. 258) pode levar à criação de vários problemas sociais desconectados de uma origem comum, além de intensificar o combate à pobreza de uma maneira violenta (Iamamoto, 2001).

> A gênese da questão social encontra-se enraizada na contradição fundamental que demarca esta sociedade, assumindo roupagem distinta em cada época [...]; assim, dar conta da questão social, hoje, é decifrar as desigualdades sociais – de classes – em seus recortes de gênero, raça, etnia, religião, nacionalidade, meio ambiente, etc. Mas decifrar, também, as formas de resistência e rebeldia com que são vivenciadas pelos sujeitos sociais (Iamamoto, 2004, p. 114 apud Silva, 2009, p. 112)

Voltando à análise de Silva (2009), o terceiro fator sobre o fenômeno da PopRua é a sua "localização nos grandes centros urbanos" (p.116). Ela explica que será nos grandes centros urbanos onde haverá maior circulação de capital e maior concentração de pessoas nas ruas. Oras, houve uma expropriação histórica no início do capitalismo que expulsou as pessoas de suas moradias que se viram obrigadas a migrar para onde podiam vender seu trabalho, surgindo as primeiras cidades e aglomerações de pessoas trabalhando para outras Na realidade do Brasil, como já apontado, o início da industrialização nacional foi marcado por uma migração do campo para a cidade. A cidade é onde tem concentração de capital, mas também alternativas de trabalho, ainda que de maneira precária (Silva, 2009). A autora destaca que na cidade é onde há possibilidades de subsistência, por ter mais infraestrutura para alimentação, abrigo, higiene, saúde tanto do ponto de vista de políticas estabelecias, como ligadas a grupos, filantrópicos o que se torna mais escasso e difícil em locais mais rurais e distantes.

O quarto aspecto, é o "preconceito como marca do grau de dignidade e valor moral atribuído pela sociedade às pessoas atingidas pelo fenômeno" (2009, p. 119). Aqui entra a atribuição de valores negativos à PopRua, que sofre preconceitos e discriminações de diversas ordens.

> [...] são exemplos do preconceito social existente: "mendigos", "vagabundos", "maloqueiro", "desocupados", "bandidos", "contraventores", "vadios", "loucos", "sujos", "flagelados", "náufragos da vida", "rejeitados", "indesejáveis", "pedintes", "encortiçados", "toxicômanos", "maltrapilhos", "psicopatas", "carentes", "doentes mentais", entre outros. (Silva, 2009, p. 119)

É possível acrescentar muitas outras atribuições atuais nessa lista como “perigosos”, “drogados”, “craqueiros”, “nóia” e “zumbi”. As políticas e práticas higienistas, bem como as violências, massacres e as barreiras de acesso a direitos, são baseadas nesses valores e preconceitos atribuídos às pessoas que vivem na rua. É como se houvesse uma falha de caráter na PopRua (Silva, 2009) que a torna um não-sujeito, um não-ser (Fanon, 2008) que pode ser morto ou colocado como um objeto em outros lugares. É neste aspecto que a PopRua se aproxima do usuário da saúde mental, são pessoas que sofrem preconceitos, possuem representações depreciativas e que tem seus direitos restritos ou colocados em dúvida (Brito; Silva, 2022). Nega-se o direito de circular, de escolher, de desejar, de viver e se tornam alvos de políticas públicas que reproduzem violências e preconceitos. Apesar de legalmente a PopRua ser um “sujeito de direitos”, ela é alvo de políticas ações contraditórias dentro desse Estado que é contraditório. “Enquanto alguns serviços baseiam suas ações no respeito à população e na promoção de sua autonomia, outros atuam de forma autoritária, impositiva e higienista” (Van Wijk; Mangia, 2019, p. 3364).

O quinto aspecto que deve ser levado em consideração são as particularidades de cada território (Silva, 2009). O fenômeno da PopRua, apesar de ser mundial, assume características diversas conforme o território, a cultura, a história do local. A própria história de trabalho escravo no Brasil e como a população negra não foi inserida como força de trabalho no mercado nacional, já traz à tona características que não há em todos os lugares. Silva (2009) apontou a própria diversidade dentro do Brasil, havendo diferentes estratégias de sobrevivência na região sul e nordeste, por exemplo, por conta tão somente do clima.

Por fim, o sexto aspecto é a “tendência à naturalização do fenômeno” (p. 122). Quando a autora publicou sua pesquisa em 2006, havia uma inexistência de políticas sociais para a PopRua e dados sociodemográficos, o que invisibilizava esta população e endossava a naturalização. Apesar de atualmente existirem políticas e movimentos sociais da PopRua, ainda há esse mesmo olhar de naturalizar pessoas vivendo em situação de rua, como se fosse um processo natural da sociedade moderna que deve ser amenizado para não comprometer a ordem da sociedade, atribuindo ao indivíduo, a responsabilidade pela sua condição de vida (Silva, 2009), tendência presente e fortalecida na ideologia neoliberal.

Prates, Prates e Machado (2011) cunharam o termo rualização, considerando que as pessoas que ocupam a rua sofrem um processo de ir para a rua, processo que é social, diverso e com múltiplas determinações, não havendo pessoa “de rua”, “na rua” ou “em situação de rua”, mas ocorrendo um processo não linear de rualização das vidas.

A rualização não vem de repente e nem do nada, ela vai se aproximando. Aquele que é considerado perigoso e louco normalmente é aquele que está nas classes mais pobres, aquele que não possui meios de produção e que vive de seu trabalho. Retomando Engels (2010) que olhou para as habitações dos proletários ingleses e contou que eles moravam nos bairros de "má fama" que toda cidade possuía (possui), "[...] as piores casas na parte mais feia da cidade; quase sempre, uma longa fila de construções de tijolos, de um ou dois andares, eventualmente com porões habitados e em geral dispostas de maneira irregular. (2010, p.70)

As casas dos operários eram chamadas de cottages, com quatro cômodos, em locais de ruas e calçadas irregulares, sujas, sem esgoto e com mau cheiro. Pode-se ver semelhanças com os cortiços, por exemplo. Galvão (2024) discorreu sobre o processo de exclusão da PopRua a partir da destruição dessas habitações históricas, baseada no trabalho de Chalhoub, Cidade Febril: Cortiços e epidemias na corte imperial.

No início das cidades brasileiras, no século XIX, os cortiços foram os lugares que destruídos baseados em medidas "sanitárias", pois eram as habitações tidas como "valhacouto de desordeiros (...) quartos estreitos e infectos" (Chalhoub, p.17) de onde era preciso varrer a "sujeira". Fala-se em um passado que pode ser remetido a um presente, as favelas, as ocupações da PopRua e as "Cracos" são todas alvos constantes de políticas de repressão do Estado, pois são espaços ocupados pelas pessoas consideradas perigosas e destituídas de si mesmas.

Passos (2023) traz, em seu trabalho, "Na Mira do Fuzil", as relações entre saúde mental e mulheres negras. Mulheres essas que ocupam lugares históricos na margem mais extrema da sociedade e o quanto a produção do aniquilamento das pessoas em territórios racializados e pobres é normalizado e ninguém sequer pensa nos impactos que isso tem na saúde mental. Mulheres que perdem filhos, pais, irmãos e parceiros para uma guerra travada contra pobreza.

Por isso "(...) é necessário desnaturalizar que os territórios de favela sejam identificados como lugares de horror (...)" (Passos, 2023, p. 101). Talvez deva-se incluir aqui a rua enquanto território de vida e não só de "sujeira" que deve ser limpada ou como um lugar que, se morrer tudo bem, parece que ninguém se importa.

Não é sobre romantizar a rualização e muito menos naturalizá-la ou normalizá-la, ela não é simples de ser compreendida e é estrutural ao modo de produção capitalista. Territórios marginalizados, pobres e excluídos surgem com o capital e a rua se faz enquanto um desses territórios marginalizados e racializados. Engels (2010) conta que para a população supérflua restava mendigar, roubar, varrer rua, recolher lixos, fazer comércio ambulante ou apenas se instalar em um local e contar com a solidariedade, nada muito distante da atualidade.

Solidariedade que vem da classe operária, "[...] que sabem, por experiência, o que é a fome e que a todo momento podem encontrar-se na mesma situação – mesmo porque esse apelo mudo, e tão comovente, desenrola-se em especial nos bairros operários e nas horas em que os trabalhadores circulam" (p.127)

Isso é a rualização: trabalhadores que ocupam funções que ninguém quer nesta sociedade, a PopRua não é um peso morto, mas é uma população produtiva dentro dos limites do território da rua (Santos; Sarreta, 2022) e do modo de produção capitalista como está dado. Na rua, tem vida porque tem resistência o tempo todo.

> [...] as ruas simbolizam palcos de lutas e resistência, representam espelhos de múltiplas manifestações das relações sociais, sobretudo, no reflexo por sobrevivência. São as ruas que refletem as tramas mais simbólicas de reprodução da sociedade e das mais variadas expressões humanas. Compreender a população em situação de rua requer considerá-la na sua heterogeneidade e na multiplicidade de suas necessidades. (Nunes; Senna, Cinacchi, 2022, p.25)

3.4 Quem é a população em situação de rua brasileira?

Atualmente, a PopRua tem sido contada/estimada por meio atuações como a do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas para População em Situação de Rua (OBPopRua) da UFMG ou por meio de estimativas levantadas como a da Nota Técnica (NT) nº 103 do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) de 2023. Embora a contagem oficial da PopRua seja um dos objetivos previstos pela PNPR, Decreto 7053/2009, a última e única contagem realizada foi a de 2007/2008 que gerou a publicação "Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua" de 2009, citada anteriormente.

Já foram realizados dois censos nacionais demográficos, em 2010 e 2022, que foram incluídas apenas as pessoas domiciliadas (Natalino, 2023). O Censo da PopRua foi realizado em 71 cidades com mais 300 mil habitantes na época e foram feitas entrevistas procurando um perfil e entendimento mais completo sobre a vida na/da rua. Na época, foram identificadas 31.922 pessoas maiores de 18 anos nestas cidades (Brasil, 2008).

Na Nota Técnica de 2022, os dados foram buscados em fontes oficiais de municípios, como Censo SUAS, através de dados disponíveis em páginas oficiais e relatórios e também consultou dados do Cadastro Único (CadÚnico). O próprio autor destaca a dificuldade em ter dados mais precisos e oficiais, apontando o possível viés de subestimação da nota (Natalino, 2023). Apesar da falta de dados precisos, a NT explicita que há um crescimento de informações entre os municípios sobre a PopRua, sendo que em 2021 foram conseguidas informações de 1.998 municípios, totalizando 181.885 pessoas nas ruas, naquele ano.

Das 31 mil pessoas vivendo nas ruas lá em 2008, Natalino (2023) demonstrou o número crescente de pessoas, como mostrado na tabela 1. Em 2022, estimava-se que havia 281.472 pessoas. “O número é 38% maior que o valor estimado em 2019, e 211% superior ao estimado uma década atrás, em 2012. Para os anos de 2020 e 2021, os números estimados são de 214.451 e 232.147 pessoas, respectivamente” (2023, p. 11).

Tabela 1: Número de pessoas em situação de rua no Brasil de 2012-2022

Ano	População em situação de rua estimada
2012	90.480
2013	96.246
2014	106.650
2015	123.104
2016	138.785
2017	160.614
2018	184.749
2019	204.660
2020	214.451
2021	232.147
2022	281.472

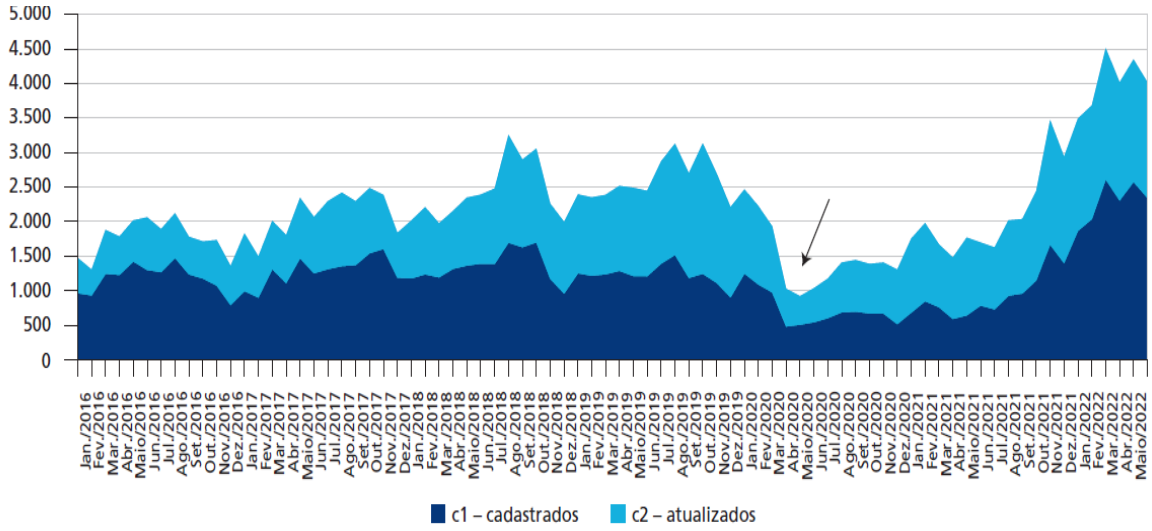
Fonte: Nota técnica nº 103/2023 – IPEA. Elaboração: Natalino (2023)

Em 2021, o OBPopRua da UFMG, publicou o um relatório técnico-científico denominado “Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil”, elaborado pelo projeto Incontáveis, projeto de extensão e pesquisa do Polos-UFMG. Essa publicação surgiu para responder a uma solicitação da Defensoria Pública da União (DPU) para elaboração no Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 na época (Dias, 2021). Os dados desse relatório e dos informativos divulgados posteriormente foram retirados da plataforma CECAD, que fornece dados sobre o número de famílias e pessoas cadastradas no Cadastro Único. É interessante observar que há diferenças com os dados da Nota Técnica, que apresentou um número maior de PopRua; o ObPopRua contou 160.097 pessoas em situação de rua em 2021, e na Nota Técnica, no mesmo ano, foram contabilizadas 232.147. No entanto, esse relatório teve importância como fonte de dados para a vacinação, considerando que o Ministério da Saúde estava estimando um número muito aquém, inclusive dos que estavam no cadastro único.

> O Plano de Vacinação apresentado pelo Ministério da Saúde indicou um total de **66.963** pessoas em situação de rua no nosso país. Entretanto, com base no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, **160.097** é o número de pessoas em situação de rua cadastradas em sua base de dados, em março de 2021, sendo **155.085** em faixas etárias vacináveis. (Dias, 2021, p. 14, grifos do autor)

A própria Nota Técnica de 2023 levantou uma hipótese sobre essa diferença de dados, dado que a pandemia de COVID-19 dificultou os indicadores sociais por conta da alteração de comportamento das famílias e de uma inação do Estado (Natalino, 2023). No gráfico 1, é exposto um pouco da série histórica de pessoas cadastradas e que atualizaram seu CadÚnico em Centros-Pop. O autor aponta, justamente, o quanto que a pandemia foi um ponto de quebra nessa série o que, provavelmente, dificultou estimativas sobre o número de pessoas em situação de rua no período.

Gráfico 1: Número de pessoas em situação de rua cadastradas no CadÚnico ou com cadastro atualizado em Centros POP



Fonte: Nota técnica nº 103/2023 – IPEA. Elaboração: Natalino (2023)

O que esses informativos chamam a atenção é para a permanente falta de dados precisos e seguros sobre a PopRua, mas apontam para uma mesma direção: um aumento expressivo de pessoas vivendo nas ruas. Se a PopRua aumentou 211% de 2012 para 2022, a população brasileira aumentou, conforme dados do IBGE, cerca de 11% (Natalino, 2023). Cenário que coloca claramente o quanto as pessoas estão ficando mais pobres e a questão social vem se acirrando.

Em 2025, o OBPopRua/UFMG publicou um informe técnico com dados retirados do CadÚnico e do MDS com dados mais recentes. Segundo esse informe, há uma estimativa de 345.542 pessoas vivendo nas ruas em 2025 (OBPopRua/POLOS-UFMG). Esse número é cerca de 23% maior que o de 2022.

Esse levantamento mais recente do OBPopRua/UFMG, coloca que 62% da PopRua está vivendo na região sudeste, seguida pela região nordeste com 14%. No estado de São Paulo, estimou-se que em maio de 2025, havia 146.940 pessoas vivendo nas ruas (OBPopRua/UFMG,

2025). Comparando com o relatório produzido pelo mesmo Observatório, em 2021, esse número era estimado em 65.728 pessoas, havendo um aumento de mais 120% de pessoas vivendo nas ruas no estado de São Paulo. É importante salientar que são dados retirados do CadÚnico, de forma que é preciso levar em conta o crescimento da PopRua cadastrada, o fortalecimento do CadÚnico, a precarização das condições de vida, as políticas sociais e o racismo estrutural junto da ausência de políticas estruturantes como a de moradia e trabalho (OBPopRua/UFMG, 2025).

O Censo de 2008 apontou que 82% da PopRua era composta por homens, predominantemente (70%) com idade entre 26 a 55 anos (Brasil, 2009). Conforme o levantamento de 2025, cerca de 84% são do sexo masculino e 88% tem idade entre 18 e 59 anos. 67% da PopRua se declarava preta ou parda, consideravelmente maior que a população em geral que era de 44,6% (Brasil, 2008). A cor da PopRua se mantém, em 2025, cerca de 70% se declararam pessoas negras e 29%, brancas (OBPopRua/UFMG, 2025). O levantamento de 2008 apontou para o mesmo, 29% da PopRua se declarava branca, destoando da população em geral que era 53,7% (Brasil, 2009). Em publicação do IBGE de 2021, "Síntese dos Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira", a população negra em situação de extrema pobreza é mais que o dobro que a branca (Passos, 2023).

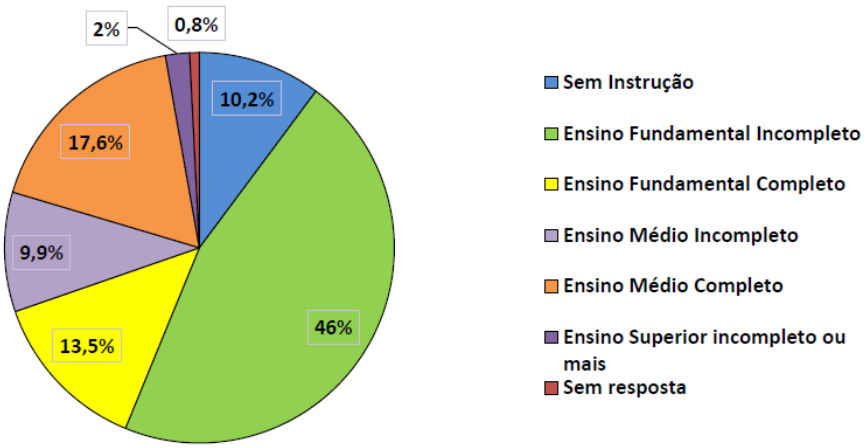
Esses dados confirmam e relevância de ser levada em consideração a raça/cor, a histórica colonial baseada no trabalho de pessoas negras escravizadas e como essas mesmas pessoas não foram incorporadas no capitalismo brasileiro em igualdade com as pessoas brancas, de forma que a PopRua brasileira tem cor definida.

A PopRua é constituída por pessoas que trabalham, cerca de 70,9% exercem atividades remuneradas "(...) materiais recicláveis (27,5%), (...) flanelinha" (14,1%), trabalhos de construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%)" (Brasil, 2008, p. 93). Em agosto de 2023, o governo federal fez a publicação "Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal" que mostra alguns dados atualizados que foram retirados de base de dados tanto do Sistema Único da Assistência Social (SUAS) como do Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação ao trabalho, essa publicação aponta que a principal forma de ganhar dinheiro pela PopRua ainda vem dos materiais reciclados (17%) (Brasil, 2023, p. 19-20).

> Entre as pessoas em situação de rua registradas no Cadastro Único, 14% informaram ter trabalhado na semana anterior, com maiores percentuais no Norte (25%) e no Nordeste (21%) e o menor na região Sul (12%). Entre os que trabalharam, 97% o fizeram por conta própria (bico, autônomo). (Brasil, 2023, p. 29-20)

Em relação à escolarização, a maioria não concluiu o 1º grau de 63,5% e 17,1% não sabe ler e escrever (Brasil, 2008). Na dissertação de mestrado "População em Situação de Rua e o direito à Saúde: análise sobre a Estratégia Consultório na Rua no contexto pandêmico", Neves (2023) fez um levantamento a partir de dados retirados da plataforma do CECAD sobre algumas características da PopRua. Em relação à escolaridade, no ano de 2023, permaneceu o mesmo padrão da pesquisa nacional que a maioria da PopRua não concluiu o primeiro grau (56,2%), mas é relevante observar um significativo aumento de pessoas com maior escolaridade nas ruas. Em 2008, havia 3,2% com segundo grau completo, enquanto que em 2023, havia 17,6% de pessoas com o Ensino Médio completo vivendo nas ruas.

Gráfico 2: Escolaridade das pessoas em situação de rua inseridas no Cadastro único em 2023



Fonte: Neves, 2023.

Quanto a trajetória da PopRua, na Pesquisa Nacional de 2008, foram levantadas as principais razões de ida para as ruas, entre elas estão problemas com uso de álcool e drogas (35,5%), desemprego (29,8%) e relacionamentos familiares (29,1%). Esses motivos se entrelaçam e correlacionam nas histórias dos entrevistados da época (Brasil, 2009). No Diagnóstico do Governo Federal. "Os principais motivos apontados para a situação de rua foram os problemas familiares (44%), seguidos do desemprego (38%), do alcoolismo e/ou uso de drogas (28%) e da perda de moradia (23%)" (Brasil, 2023, p. 20).

Importante observar o dado sobre a perda de moradia e de desemprego, provável reflexo das mudanças no trabalho, precarização, acirramento do neoliberalismo e da própria pandemia de COVID-19.

Alguns dados sobre condições de vida e de saúde também são apontados na pesquisa nacional. Quanto a local de dormir, 46,5% dormia nas ruas e 43,8% em albergues (Brasil, 2008). Em 2023, não modificou muito, 55% dormia na rua, sendo que a maior parte dos que utilizavam albergues estavam na região sudeste, 41% da PopRua (Brasil, 2023).

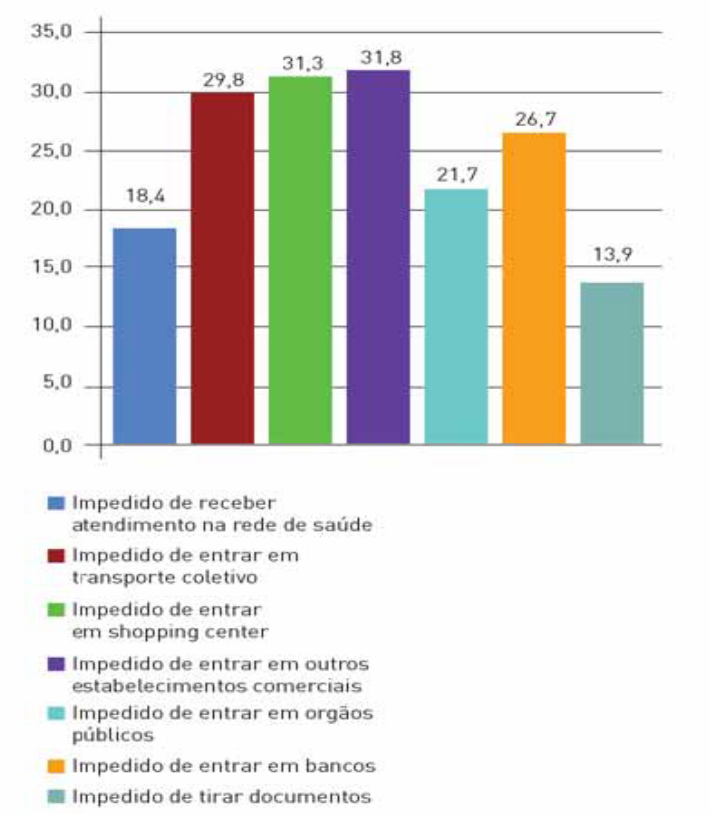
Sobre alguns dados de condições de alimentação e higiene, marcadores importantes para pensar saúde. Em relação a alimentação, 79,6% fazia ao menos uma refeição no dia e 19% não consegue se alimentar todos os dias (Brasil, 2009). Quanto a higiene,

> • Os locais mais usados pelas Pessoas em Situação de Rua para tomar banho são a rua (32,6%), os albergues/abrigos (31,4%), os banheiros públicos (14,2%) e a casa de parentes ou amigos (5,2%).
> • Os locais mais usados pelas pessoas em situação de rua para fazer suas necessidades fisiológicas são a rua (32,5%), os albergues/abrigos (25,2%), os banheiros públicos (21,3%), os estabelecimentos comerciais (9,4%) e a casa de parentes ou amigos (2,7%). (Brasil, 2014)

Esses dados são anteriores a Proteção Social Especial para Pessoas em Situação de Rua, no âmbito da política de Assistência Social efetivada no âmbito do marco legal pela Resolução nº 109 de 2009 que aprovou a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Entre os serviços do SUAS, foi criado o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop), marco importante considerando que é um serviço de proteção às diversas vulnerabilidades que a PopRua está sujeita, entre elas a instabilidade de alimentação, higiene pessoal e local para guardar pertences pessoais (Brasil, 2011).

A PopRua tem instabilidades na ordem da sobrevivência e acesso a mínimos necessários, além de sofrer as várias discriminações. O censo de 2008 traz alguns dados sobre o que a discriminação da PopRua a impede de acessar e circular.

Gráfico 3: Impedimentos de acessos a locais e atividades que a PopRua sofre



Fonte: I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, 2008.

Além das discriminações, da precariedade de acesso a direitos básicos de sobrevivência, o censo também trouxe alguns dados sobre condições de saúde da PopRua. Os problemas de saúde mais prevalentes foram: hipertensão (10,1%), problemas psiquiátricos/mental (6,1%), HIV/AIDS (5,1%), e problemas de visão/cegueira (4,6%). A própria pesquisa chama atenção para o dado sobre HIV/AIDS, pois a incidência na população geral da época era de 0,6% entre os adultos de 15 a 49 anos (Brasil, 2008).

Um dado que não há no Censo Nacional é sobre a violência. Apesar dos movimentos mostrarem e contarem sobre essa violência que a PopRua sofre há muito tempo e esse ser assunto e preocupação dos Encontros históricos, no censo de 2008 não há dados.

Uma importante fonte de dados sobre situações de violência utilizada é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do Ministério da Saúde. Conforme o Diagnóstico do Governo Federal (2023), entre 2015 e 2022, foram notificadas 48.608 situações de violência contra pessoas em situação de rua. Em boletim epidemiológico de 2019 do MS, entre 2015-2017, ocorreram 17.386 notificações de violência contra a PopRua, cuja motivação foi a própria condição de rua. A faixa etária que mais sofreu violência nesse triênio foi a 15-34 anos com 60% das notificações. As mulheres em situação de rua sofreram mais violência

(50,8%) e as pessoas negras (pretos e pardos) com 54,8% das notificações. Destaca-se aqui que a percentual de mulheres vivendo nas ruas está em torno de 15-20%, mas é a maioria que sofre violência, tornando a vivência da rua pela mulher, mais vulnerável ainda.

Em artigo de 2025, sobre as notificações de violência contra a PopRua, no período de 2015 a 2022, os autores contam que se entre o triênio 2015-2017 ocorreram mais de 15 mil notificações, entre 2018-2022, esse número praticamente dobrou para 27.589 notificações no SINAN. Porém esses dados podem ser lidos de algumas formas, uma maior notificação das violências, uma maior procura dos serviços de saúde ou então apenas uma expressão do aumento da PopRua (Gontijo et al, 2025). Válido destacar a subnotificação desses números, dado que o SINAN só é preenchido se houver a procura e acesso ao serviço de saúde e, mesmo assim, pode não ser preenchido pelo profissional ou não preenchido adequadamente, como o caso do não preenchimento do campo “motivação da violência” (Brasil, 2023; Gontijo et al, 2025).

Falar de PopRua é dar visibilidade a muitas determinações sociais visíveis e invisíveis, mas ainda não há dados precisos. Sabe-se que é uma população vulnerável e violentada o tempo todo, mas ainda há muitas indefinições.

3.5 PopRua e o direito à Saúde: O Consultório na Rua

A política de saúde, como já apontado, foi mais próxima nos processos históricos de constituição de políticas públicas para a PopRua, esteve junto com os movimentos e as discussões do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Logo após o decreto 7.053 de 2009, foi constituído o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua no Ministério da Saúde. Também do ponto de vista do marco legal, é relevante lembrar que em 2006 houve a primeira publicação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo maior centralidade na estratégia de saúde da família, colocando-a como organizadora da Atenção Básica (Brasil, 2006).

A Política Nacional para a População em Situação de Rua deixa clara a intersetorialidade e a importância de compor estratégias com a política de saúde. Ela tem nos seus objetivos:

> I - 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;
> [...]

> X - criar meios de articulação entre o Sistema Único de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde para qualificar a oferta de serviços; (Brasil, 2009)

Aqui saúde é entendida na perspectiva ampliada em consonância com a Reforma Sanitária e a própria Constituição de 1988. A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco histórico para o entendimento de saúde que foi chão histórico para a criação do SUS.

> Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (Brasil, 1986)

O SUS não é constituído em uma perspectiva de saúde como ausência de doença, mas sim em um entendimento que a saúde expressa a organização e a história de determinada sociedade, em consonância com o movimento sanitarista e de saúde coletiva, bem como da Luta Antimanicomial.

Como nada brota do nada, é preciso retornar um pouco e trazer algumas experiências históricas que dão contexto para a atualidade e, principalmente, para o Consultório na Rua.

Na década de 80 houve uma transformação no ponto de vista político: mobilização social, fim da ditadura militar, constituição de 1988 e, em 1981, a primeira notificação de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), iniciando uma pandemia da doença e uma série de programas e iniciativas de prevenção e combate (Nery Filho; Ribeiro; Vasconcelos, 2019).

> A aids/sida afetava de forma mais devastadora uma parcela específica da população, isto é, os usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e pessoas que faziam sexo com pessoas do mesmo sexo. Neste bojo, o uso de drogas aparece como prevalente entre os infectados. Tornou-se imperativo não apenas tratar as ISTs/aids, mas colocar em primeiro plano as pessoas usuárias de drogas, e não as drogas, respeitando suas escolhas e buscando alternativas mais eficientes em termos de saúde pública [...] (Nery Filho; Ribeiro; Vasconcelos, 2019, p. 38)

Foi nesse período, fim da década de 80 e início de 90 que, em Santos se iniciava a mais conhecida e precursora experiência brasileira de Redução de Danos (RD). O programa consistia em distribuir seringas para os usuários de drogas injetáveis. Experiência que teve dificuldades de ser implantada, pois havia o entendimento pelo Ministério Público que a distribuição seringas era um incentivo ao uso de drogas o que fez com que as primeiras ações de RD fossem realizadas na clandestinidade (Petuco, 2020).

> Durante o período de 1989 a 1996, Santos foi a primeira cidade brasileira sem manicômios; a primeira cidade a reverter epidemiologicamente o quadro de contágio pelo vírus da aids; a primeira cidade a criar programas de assistência domiciliar e a

> inventar uma metodologia de trabalho com meninas e meninos prostituídas e dependentes do crack, etc., e também a primeira cidade a aplicar a metodologia de distribuição de seringas descartáveis. (Lancetti, 2016, p.79)

Foi nesse mesmo período histórico que surgiu, no outros extremo do mapa, o Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (Cetad) na Faculdade de Medicina na Universidade Federal da Bahia em conjunto com o governo do estado responsáveis pelo Programa de Redução de Danos que atendia e estudava usuários de drogas (Nery Filho; Ribeiro; Vasconcelos, 2019). O Cetad também sofreu com a oposição conservadora e de órgãos legais, mas se manteve atuante na perspectiva de que não era um estímulo ao uso de drogas, mas uma forma de proteção da vida das pessoas usuárias.

Na atuação do Cetad, começou-se a perceber que uma parcela da população de Salvador não acessava o centro de atendimento, principalmente os denominados Meninos e Meninas de Rua que eram em geral usuários de cola de sapateiro e submetidos a violências da vivência da rua. Nesse momento nasceu o projeto chamado "Banco de Rua". (Nery Filho; Ribeiro; Vasconcelos, 2019).

> [...] basicamente uma longa observação da Praça da Piedade, "à moda de observação de pássaros", seguida da indispensável aproximação, na tentativa de compreender o que se viu e, se possível, (re) orientar as estratégias de cuidados clínicos e sociais desenvolvidas no Cetad/Ufba. (Nery Filho; Ribeiro; Vasconcelos, 2019, p. 41)

Essa experiência que tinha um maior objetivo de observar e se adequar, aconteceu entre 1987 e 1989. No entanto, nos anos seguintes a observação da baixa frequência de uma população como os usuários de drogas injetáveis e as crianças e adolescentes no Cetad fez com que surgisse, em 1997, uma nova forma de atuar do centro que se chamou Consultório de Rua (CdeR) (Nery Filho; Ribeiro; Vasconcelos, 2019). O CdeR não era apenas uma observação, ele era o atendimento nas ruas da cidade, consistia em uma equipe multidisciplinar que percorria os territórios em uma van que levava todos os materiais; desde seringas, preservativos, medicamentos, materiais educativos até instrumentos musicais, materiais para pintura. A equipe atendia na perspectiva de Redução de Danos e de humanizar o outro. Para os autores, "Não se tratava de encontros mágicos, mas sim, encontros nos quais o outro era reconhecido enquanto sujeito portador de direitos e deveres" (2019, p. 43). O CdeR do Cetad encerrou suas atividades em 2004, mas voltou no mesmo ano atuando vinculado ao CAPS-ad de Salvador, sob a coordenação da saúde mental, até 2006 (Nery Filho; Ribeiro; Vasconcelos, 2019; BRASIL, 2010). Nesse momento, já estava há plenos vapores a Reforma Psiquiátrica fechando manicômios e abrindo dispositivos como os CAPS.

Nos anos 2000, no entanto, ocorreu a dispersão do *crack* por todo o país que foi utilizado, conforme Petuco (2020), para atacar a Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental. O autor esclarece que é nessa década que a RD saiu das práticas de prevenção de HIV/ISTs e encontrou a Política de Saúde Mental e todo a disputa da área. De um lado, houve a publicação da Política de Atenção Integral para Pessoas que usam Álcool e Outras Drogas de 2003 e a publicação da Portaria nº 1028 de 2005 que determinava as ações de RD e a colocava como um princípio norteador da política de saúde voltada aos usuários de álcool e outras drogas. Por isso, o CdeR de Salvador foi para o âmbito da Saúde Mental, como uma estratégia de RD.

Porém, de outro lado, o *crack* foi utilizado por associações, como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), outras organizações médicas e a própria mídia como um 'bode expiatório' para atacar o fechamento dos hospitais psiquiátricos e começar uma retomada de avanços de políticas higienistas, retomando institucionalização e encarceramentos principalmente dos usuários de *crack* com as chamadas comunidades terapêuticas (Petuco, 2020; Santos; Sarreta, 2021).

O cenário dessa década é de uma emergência acerca de uma substância nova e que estava assustando e trazendo consigo toda as justificativas de internações. É nesta instabilidade e emergência que o CdeR passou de uma iniciativa de uma universidade pública para uma política de saúde, como uma estratégia para cuidar dos usuários de drogas. Em 2009, ele foi incluído pelo MS como estratégia do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde- PEAD e depois, em 2010, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (Brasil, 2010).

> Os Consultórios de Rua constituem uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. São dispositivos clínico-comunitários que ofertam cuidados em saúde aos usuários em seus próprios contextos de vida, adaptados para as especificidades de uma população complexa. (Brasil, 2010, p.10)

Importante lembrar que a Atenção Básica do SUS tinha como estratégia prioritária, a Saúde da Família (Brasil, 2006) que era extremamente importante no cuidado da SM em liberdade, pois, o foco na família, no território, se colocava como uma importante atuação contrária ao modelo biomédico, centrado na doença e na medicalização, tendo como um trabalhador fundamental, o agente comunitário de saúde, pois são os trabalhadores que encontram as pessoas, que vão até elas e que constroem vínculos que podem incidir nos processos de subjetividade (Amarante, 2015; Lancetti, 2016). Por isso, o Projeto Caminhos do Cuidado foi um projeto histórico dado que era uma formação para os trabalhadores de nível

médio dos ESFs (os agentes, principalmente) em cuidados às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas. “Dadas as dimensões do SUS e a imensa capilaridade da ESF por todo território nacional, não seria exagero suspeitar que este talvez tenha sido um dos maiores projetos de formação em Redução de Danos já vistos no mundo” (Petuco, 2020, p. 99-100).

Como já apontado, o SUS passou a funcionar na organização em Redes a partir de 2010. Em 2011, houve a publicação da nova PNAB que colocou a AB no centro dessas redes. E entre essas de redes de cuidado, em 2011, veio a RAPS. A PopRua passou a ser vista como sujeito de direitos, pois já havia sido promulgada a PNPSR em 2009. Sendo um cidadão, a PopRua tem direitos assegurados e entre eles o direito a atenção integral à saúde. No entanto, a PopRua ainda estava associada apenas a política de álcool e outras drogas, não havendo uma integralidade do cuidado em saúde para esta população.

Na 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2009, houve a aprovação uma Moção de Apoio à inclusão da população em situação de rua no Sistema Único de Saúde que posteriormente teve como reposta o Comitê Técnico em Saúde, por exemplo, e algumas experiências de ESF sem domicílio.

> Diante da constatação da vulnerabilidade social vivida pela população em situação de rua e das dificuldades que ela enfrenta para sobreviver nos centros urbanos do País, reconhece-se que o acesso ao sistema de saúde configura-se como um dos principais desafios presentes na sua realidade. Entre os problemas encontrados, podemos citar: procedimentos de atendimentos excludentes (exigência de documentação e comprovação de domicílio); exclusão da população em situação de rua da estratégia de saúde da família; falta de reconhecimento da população na política de saúde mental, DST, HIV e saúde bucal; não-atendimento pelas equipes de urgência; falta de capacitação das equipes; falta de continuidade do tratamento; ausência das ações intersetoriais; processo de busca ineficaz/insuficiente dos moradores em situação de rua nos seus locais de fixação; falta de atendimento diferenciado que contemple as especificidades dessa população e falta de equipamento público de atendimento na pós-alta hospitalar do SUS. Tendo em vista essa situação, considera-se de suma importância e urgência garantir a inclusão destas pessoas no SUS, para que superem a situação de invisibilidade em que se encontram, e tornar efetivo um plano de ação em saúde específico. (Moção nº 101, Brasil, 2009)

É assim que o Consultório DE Rua vai para a política de Atenção Básica e se torna Consultório NA Rua (CnaR), a partir da Portaria nº 122 de 2011, publicada em fevereiro de 2012.

As equipes de Consultório na Rua (eCR) se constituem como equipes itinerantes, aos moldes do CdeR, com a diferença que “[..] são multiprofissionais e lidam com os diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.” (Artigo 2º, Portaria 122

de 2012). Os CnaR nasceram a partir das experiências acumuladas dos CdeR e das estratégias em Saúde da Família voltadas para a PopRua (Nery Filho; Ribeiro; Vasconcelos, 2019).

Figura 2: Estruturação do Consultório na Rua



Fonte: Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua, 2012.

Os CnaR passaram a lidar com diferentes problemas e necessidades de saúde da PopRua e articulados com toda a rede de saúde extrapolando o olhar da saúde mental e uso de álcool e drogas (Brasil, 2012). São equipes estratégicas para a garantia de atendimento integral, mas antes, para a garantia de acesso, respeitando o princípio de igualdade e equidade do SUS e da PNPSR.

Na Pesquisa Nacional de 2008, foram levantados dados sobre a situação de saúde da PopRua e informações como 43,8% dos entrevistados contaram que procuravam primeiramente hospital/emergência quando necessário e 27% procuram o posto de saúde. Essa informação junto com a de que a PopRua é uma população historicamente discriminada em espaços públicos, incluindo serviços de saúde justificam ainda mais a necessidade de uma equipe que vá até a ela lhe oferecer saúde.

As eCRs compõe, como todos os equipamentos em saúde, a RAPS, se constituindo como uma equipe importante na oferta de cuidado, considerando as diferentes necessidades e sob a perspectiva da RD, mas também possuem um papel de articulador com as UBSs, CAPS, unidades de urgência e emergência no cuidado a saúde mental (Brasil, 2011). Ir para a política

de Atenção Básica é inverter a lógica do cuidado e, de forma semelhante ao caso da ESF, é romper com a lógica da atenção focada na doença e ir para um cuidado humanizado, numa perspectiva totalizante, considerando o território e a comunidade (Bisco; Sarreta, 2020).

CAPÍTULO 4. AFINAL, COMO E QUEM É FRANCA?

Um dia sob orações e rosas de alegria
Jogaram-me de repente
Da prisão em que me achava
Para uma prisão mais ampla
Foi um cavalo de Troia
A liberdade que me deram
Havia serpentes futuras
Sob o manto do entusiasmo
Um dia jogaram-me de repente
Como bagaços de cana
Como palhas de café
Como coisa imprestável
Que não servia mais pra nada
Um dia jogaram-me de repente
Nas sarjetas da rua do desamparo
Sob orações e rosas de alegria

(Carlos de Assumpção, 2015)

4.1 O território francano

Franca é considerada a 74ª maior cidade brasileira e no interior do estado de São Paulo, é considerada a 9ª maior cidade (Franca, 2022). Conforme dados do IBGE, em 2022, pelo último censo demográfico, o município tinha 352.536 habitantes e uma densidade demográfica de 582,05 habitantes por quilômetro quadrado e, em 2025, o mesmo instituto divulgou uma estimativa de 365.494 habitantes.

Franca é uma cidade extensa geograficamente, tendo 605.679 Km^2, sendo a segunda maior cidade de sua região geográfica imediata (IBGE, 2024). Ela está localizada entre os dois córregos principais: o Bagres e o Cubatão. Inicialmente era rural e com algumas casas ao redor da igreja principal no centro (Site da Prefeitura).

A sua história tem origem no garimpo de ouro das minas de Goiás e do sul de Minas Gerais, além da pecuária da região. Passava pelo município, entre os séculos XVII e XVIII uma estrada que ligava essas regiões (Site Prefeitura de Franca). A " Estrada dos Goiases" era importante na rota de comércio pois ligava a capital da província de São Paulo a Goiás e Mato Grosso (Follis, 2007). Dessa forma, o local foi se constituindo como uma cidade de pouso para os comerciantes e viajantes, uma cidade de passagem.

Durante o século XIX, Franca se tornou produtora de gado, o que a colocou em rota de comércio, recebendo o status de freguesia (Follis, 2007). Em 1821, Dom João VI criou a Vila Franca Del Rei (Site da Prefeitura) que posteriormente, em 1824, viria a se chama Vila Franca do Imperador, quando finalmente a freguesia passaria a ter autonomia política (Follis, 2007).

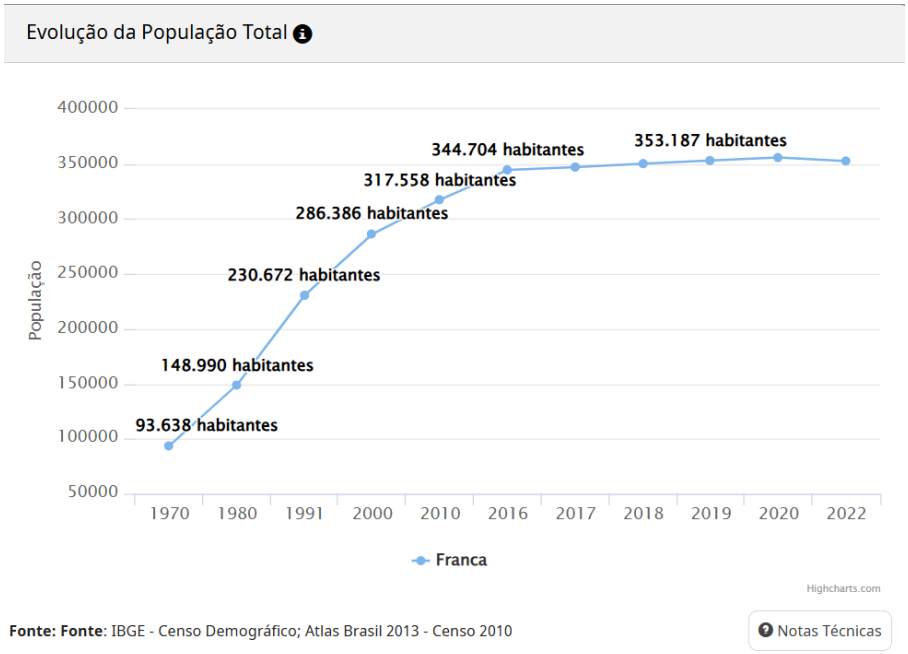
“Diferentemente de muitas cidades dessa região, que foram fundadas em razão da expansão da cafeicultura, Franca é uma cidade mais antiga” (Follis, 2007, p. 31).

No final do século XIX, começou a crescer a partir do desenvolvimento da cultura cafeeira e da ferrovia. Em 1887 teve como marco a inauguração da Companhia Mogiana de Estradas de Ferro, posterior Ferrovias Paulistas S/A (FEPASA) (Site Prefeitura de Franca) e, como muitas cidades da época do pós-abolição, recebeu muitos imigrantes europeus nesse período.

No início do século XX, a indústria começa a se desenvolver no município: fábricas de calçado, oficinas de sapateiro e curtumes. A indústria coreiro-calçadista viria a se tornar a principal atividade econômica da cidade a partir da década de 1950. Foi nesse momento histórico que a cidade começou a crescer, os fazendeiros passaram a ocupar a cidade, em seus casarões na região central e a cobrar infraestrutura urbana e, também, muitas pessoas negras e imigrantes começaram a ocupar Franca (Follis, 2007). Franca deu um salto populacional de sete mil habitantes em 1903 para 20.568 em 1940 (Follis, 2007).

A industrialização de Franca não somente com o calçado, mas com borracha, curtumes e indústrias têxteis fez com que a cidade se transformasse. Entre 1950 e 1970, muitas industrias foram surgindo e na década de 1970, havia uma produção para o mercado nacional, mas também para exportação (Follis, 2007). Esse momento marcou a urbanização da cidade. O gráfico abaixo ilustra esse crescimento populacional da época, muito em função do período áureo da economia da cidade.

Gráfico 4: Crescimento populacional de Franca entre 1970 e 2022



Fonte: DATAPEDIA, Disponível em: https://datapedia.info/cidade/857/sp/franca#mapa

O crescimento da indústria junto com as mudanças no meio rural, vindos com a concentração de terras, foram os motivadores para esse crescimento populacional.

> Em Franca, e nos municípios paulistas e mineiros vizinhos, a fuga para a cidade se deu também em razão da erradicação de grande parte da cultura cafeeira, que passou a ser substituída por pastos destinados à pecuária, diminuindo bastante a necessidade de mão-de-obra no campo (Follis, 2007, p. 90).

A partir da industrialização, surgiram os empresários industriais, mas apareceu um outro importante ator coletivo, o operariado que se organizava em sindicatos e grupos. Follis (2007) descreveu importantes greves, manifestações e assembleias ocorridas entre os anos de 1945 e 1960 por aumento de salário, atrasos de pagamento e melhores condições de trabalho. Destacou-se a atuação do Sindicato dos trabalhadores da indústria de calçados de Franca e a Associação Comercial e Industrial de Franca. Aparentemente, na década de 40 e 50 o movimento era próximo de governos e defendia o Getúlio Vargas, por exemplo (Follis, 2007), era uma época que o movimento foi tido, até certo ponto, como passivo e “pelego” (Rezende, 2007), mas foi renovado na década de 80 com o chamado “novo sindicalismo” e as influênciaa de militantes do movimento operário de São Bernardo do Campo (Rezende, 2007).

Nessa época, surgiu a Pastoral Operária, grupo que seguia a Teologia da Libertação e movimentos da igreja católica latino-americana que tiveram importância crucial na organização

sindical dos sapateiros (Rezende, 2007). Nesse período, correram greves significativas para a categoria conseguir aumento de salário e redução das jornadas de trabalho (Rezende, 2007).

Foi na década de 1990, que a indústria calçadista começou sua decadência e diminuição de ofertas de emprego, bem como das organizações dos trabalhadores, decadência essa que é parte de um processo histórico de adesão ao neoliberalismo e de transformação na divisão internacional do trabalho, sendo o Brasil um país de industrialização dependente (Antunes; Praun, 2015).

Hoje, a cidade tem como principais atividades econômicas, ainda a produção de calçados e a agroindústria (Neves, 2023). Esta última vai da produção de café para o cultivo de cana-de-açúcar. Enquanto o calçado se divide nas suas várias partes: a borracha, os curtumes, solados, produtos químicos e maquinário (Neves, 2023).

4.2 A RAPS de Franca

Antes de falar propriamente sobre a RAPS do município, Franca está situada dentro Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13) do estado de São Paulo. A RRAS 13 se localiza na Macrorregião Nordeste do estado de São Paulo e abrange os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) dos municípios de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto (Franca, 2013). Ao todo, a região possui cerca de 90 municípios que compõem 12 regiões de saúde (Neves, 2023).

Franca é o maior município do DRS VIII que é composto por 22 municípios organizados em 3 colegiados de Gestão Regional: Três Colinas, Alta Anhanguera e Alta Mogiana. O município compõe a região das Três Colinas com mais 9 municípios. A Região de Saúde Três Colinas concentra mais da metade da área de abrangência do DRS VIII, principalmente em decorrência do tamanho populacional de Franca (Franca, 2013) que é pólo da região Três Colinas. Dos 10 municípios que compõe esta região, 7 não possuem critério populacional para implantar CAPS I: Cristais Paulista, Itirapuã, Jeriquara, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina e São José da Bela Vista, pois todos possuem menos de 15.000 habitantes.

Após a publicação da portaria 3.088 de 2011, ocorreu, no ano de 2012, a reunião da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de São Paulo onde foi instituído o Grupo Condutor Estadual da RAPS e acordado os grupos condutores regionais e os grupos condutores municipais (Franca, 2013). A primeira reunião do grupo condutor da RRAS 13 foi em 2013,

assim como a I Oficina da Rede de Atenção Psicossocial da RRAS 13. No mesmo período, estavam acontecendo as,

> [...] Câmaras Técnicas de Saúde Mental do DRS VIII – Franca mensalmente, com pautas com ênfase na discussão da construção da Rede de Atenção Psicossocial, buscando atualizar e difundir junto aos Interlocutores Municipais de Saúde Mental a atual Política Nacional de Saúde Mental, estimulando a criação de serviços para compor a referida Rede." (Franca, 2013, p. 3)

Este foi o início das conversas e acordos entre municípios, regionais e estado acerca da nova rede que deveria ser composta na região e no município.

Quando se pesquisa acerca da RAPS e as pactuações do DRS-VIII, é encontrado dois documentos, o Plano de Ação Regional: Rede de Atenção Psicossocial – região de saúde Alta Anhanguera e da região de saúde Alta Mogiana, ambos datados de 2013. No entanto, não foi encontrado o Plano de Ação da Região Três Colinas.

O Grupo Condutor Municipal da RAPS de Franca foi criado pelo Decreto nº 10.567 de 2016, com representantes do Poder Executivo, nas suas diferentes secretarias municipais, do Governo Estadual e representantes da Sociedade Civil, principalmente através de representações dos Conselhos Municipais. A composição do Grupo foi reorganizada recentemente, através do decreto 12.007 de 26 de maio de 2025. Algumas modificações importantes são destacáveis como as representações dos conselhos terem saído da composição e passarem a ser citadas como convidados. No entanto, houve um crescimento de representações dos diferentes níveis de atenção da RAPS, todos nomeados "por ato normativo publicado pela Secretaria Municipal de Saúde" (Franca, 2025).

No último Plano Municipal de Saúde publicado, com vigência 2022-2025 não há uma definição clara das redes de cuidado do município. No entanto, para este estudo extraiu-se os seguintes equipamentos de saúde para coleta de dados, o universo da pesquisa:

Tabela 2: Composição da RAPS de Franca

Atenção Básica	14 Unidades Básicas de Saúde 14 Estratégias de Saúde da Família 1 Consultório na Rua
Atenção Psicossocial Especializada	1 CAPS III 24h 1 CAPS AD III 24h 1 Ambulatório de Saúde Mental Adulto 1 Ambulatório de Saúde Mental Infantil (NAIA)
Atenção de Urgência e Emergência	2 UPAS 1 Pronto Socorro Adulto

	1 Pronto Socorro Infantil
Atenção Residencial de caráter transitório	3 Comunidades Terapêuticas
Atenção hospitalar	1 Hospital Especializado

Fonte: Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Elaborado pela autora.

O Plano Municipal coloca como desafio para a rede municipal de saúde, o novo modelo de financiamento do SUS que é associado aos indicadores de Atenção Básica (AB).

> Para a Secretaria de Saúde de Franca este novo modelo constitui-se em um amplo desafio, tendo em vista que a cobertura de eSF é baixa (população efetivamente cadastrada) e o Sistema e-SUS ainda é pouco usado, uma vez que o município conta com sistema informatizado próprio há vários anos, com prontuários eletrônicos e históricos de saúde completos dos pacientes atendidos. (FRANCA, 2022, p.16)

Neste período, observa-se, por parte do poder público, um processo de construção de novas UBSs, sendo três unidades inauguradas em 2024 e duas ainda em construção. De forma, que não fica claro em documentos oficiais qual o tamanho atual da AB no município.

O Plano Municipal de Saúde de 2018-2021 cita que nas 14 UBSs, ao falar especificamente sobre Saúde Mental, havia um psicólogo por unidade e que em 2017, foi iniciado o matriciamento na rede, "[...] um trabalho que integra Saúde Mental e Atenção Básica, oferecendo suporte técnico e capacitando os profissionais, através de reuniões realizadas mensalmente com equipe multiprofissional" (Franca, 2018, p. 101).

O Matriciamento ou Apoio Matricial é um conceito elaborado por Gastão Wagner de Sousa Campos em 1999 na experiência de Campinas, e apropriado pela política de saúde mental, Humanização e Atenção Básica. Ele consiste em um cuidado em saúde compartilhado e colaborativo entre as equipes diferente da lógica hierarquizada de referência e contra referência (Campos; Domitti, 2007; Brasil, 2011).

Com relação a atenção psicossocial, Franca conta com dois serviços, o CAPS III Florescer desde 2018 (Termo de Convênio 245/2018), que até o plano de trabalho 2019/2020 era chamado de CAPS III Psicóticos. E o CAPS ad III Renascer (Termo de Convênio 12/2020) desde 2020. Ambos são administrados pela Fundação Espírita Allan Kardec (FEAK), em convênio com a Prefeitura Municipal de Franca. A FEAK é uma entidade privada sem fins lucrativos constituída em 1922, "[...] sendo referência no atendimento a pacientes com transtornos mentais" (Plano de Trabalho CAPS III, 2018, p.2). A FEAK tem tradição cultural no município de Franca, e foi fundada por:

> José Marques Garcia (1862-1942), um dos pioneiros da doutrina espírita em Franca, apiedado da indigência e marginalização dos enfermos mentais em Franca, a partir de 1902 começou a levar um e outro à sua própria residência, prestando-lhes o auxílio e tratamentos possíveis, desperto pelo sentido de caridade da doutrina que acabava de assumir e pelos próprios recursos de saneamento nela entreabertos. Mais à frente (...) edificou algumas pequenas casas para abrigá-los. Daí originou-se, em 19 de novembro de 1922, o Asilo Allan Kardec, na antiga Rua Irmãos Antunes, hoje Rua José Marques Garcia, no bairro Cidade Nova em Franca. (Site Fundação Allan Kardec)

O Asilo mudou de nome ao longo da história até chegar em Fundação Espírita Allan Kardec, em 1972. Também foi modificando o número de leitos e convênios, conforme a própria política de saúde era alterada. Em 1989, teve um convênio firmado com o então Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde do Estado de São Paulo - SUDS /SP que contemplava 200 leitos no local (Site Fundação Allan Kardec). Esses mesmos 200 leitos foram para o SUS na década de 90 junto com mais alguns do Hospital-Dia.

> A partir de 2017 a Fundação Allan Kardec viveu transformações significativas. Totalizou 300 leitos, sendo 200 destinados aos SUS, 30 ao "Hospital DIA" e 70 à Clínica Allan Kardec sendo 30 vagas destinadas à Geriatria e 40 vagas à Psiquiatria o que posicionou a Fundação como uma Instituição de Saúde. (Site Fundação Allan Kardec)

Destaca-se os 200 leitos destinados ao SUS, em pleno 2017. No Plano Municipal de Saúde de 2014-2017, consta que a rede de saúde mental da época era composta pelas UBSs, Núcleo de Atendimento à Infância e Adolescência – NAIA, Ambulatório de Saúde Mental para adultos e um CAPS-ad, até então, de gestão municipal. Fazia parte também o Hospital Dia e o Hospital Psiquiátrico com "106 leitos para pacientes agudos" (Franca, 2014, p. 87). Além do convênio com duas Comunidades Terapêuticas.

Não fica evidente a quantidade de leitos no hospital psiquiátrico, há informações dúbias e desencontradas, mas fica ainda uma expressão de uma assistência em saúde centrada na internação e no manicômio, enquanto, nacionalmente, entre 2001 e 2009, havia uma inversão de investimentos: aumento de financiamento de equipamentos extra-hospitalares e uma diminuição de financiamento de hospitais (Gonçalves; Vieira; Delgado, 2012).

Outro ponto que chama atenção nesse mesmo Plano Municipal de 2014-2017 é a centralidade no diagnóstico.

> O Sistema Único de Saúde, ao tratar da saúde mental, volta sua atenção aos transtornos classificados no capítulo V da *Codificação Internacional de Doenças* da Organização Mundial da Saúde, que abrange os códigos de F00 a F99. Tradicionalmente, estes transtornos são abordados pela saúde preventiva tanto no seu período de pré-patogênese quanto no período de enfermidade estabelecida (Gruenberg, Sanders, 1978, p. 422-454 *apud* Franca, 2014, p. 83-84).

Atualmente a FEAK, não tem apenas a internação, mas são 19.000 internações por ano, conforme o site. A instituição administra os dois CAPS, Serviços de Residência Terapêutica, além de projetos próprios para atendimento em saúde mental. A Fundação tem um papel de destaque na assistência e direcionamento da política de saúde mental do município, sendo a referência na cultura local. Com os CAPS, parece haver uma tentativa de se realocar na RAPS e no cuidado em liberdade, no entanto traz algumas marcas de uma assistência pautada na psiquiatria e na doença, ainda uma perspectiva manicomial.

> Nos últimos anos, a assistência psiquiátrica mudou em muitos aspectos. O hospital psiquiátrico já não é o único dispositivo assistencial em psiquiatria; deixou de ter como objetivo resguardar e afastar a pessoa com transtorno mental da população. Objetiva-se não desvincular o paciente de seu meio social, procurando o seu restabelecimento de forma a alcançar o maior nível de independência; O paciente, embora doente, de forma aguda ou crônica, é um ser humano com direitos reconhecidos que é preciso respeitar. (Plano de Trabalho CAPS III, 2019, p.3)

Somente em 2019 surgiram, em Franca, os primeiros Serviços de Residências Terapêuticas (SRTs). As SRTs foram criadas no âmbito do SUS por meio da Portaria nº-106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000 e são importantes instrumentos para a redução dos leitos em hospitais psiquiátricos.

Conforme o termo de Convênio 60 de 2019, foi acordado que a instituição Fundação Espírita Judas Iscariotes (FEJI) prestaria serviços de RTs tipo II. As SRTs estão previstas na Portaria nº 3.088 de 2011 e Portaria nº 3.090 de 2011, enquanto estratégias de desinstitucionalização das pessoas internadas por longa data nas instituições psiquiátricas. A Feji administra cinco casas: três masculinas e duas femininas, com um total de 50 residentes (Site da Feji).

Para coleta e análise documental, relacionada à rede conveniada, as informações foram retiradas do site das instituições. Fazendo uma análise de alguns termos de convenio entre Secretaria Municipal de Saúde e a FEAK, dados extraídos do site da entidade, notou-se que até 2020, a quantidade de leitos para o SUS era de 200. O convênio estabelecido nº 44/2019 vem sendo renovado. Em 2020, ele foi estabelecido com a quantidade de 200 leitos (Plano de trabalho IntegraSUS, 2019); em 2021, esse número caiu para 122 (Plano de trabalho IntegraSUS, 2020) e depois para 60 leitos no ano de 2023 (Plano de trabalho IntegraSUS, 2022) que permanece até o momento atual. A FEAK mantém convênios com o poder municipal e com Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

> Sendo uma instituição quase centenária, atende às demandas de Franca e de mais nove Municípios que abrange uma população estimada em 428.000 habitantes, distribuído pela CROSS região três colinas, sob coordenação da DRS VIII. Segundo dados do

> município, há hoje cerca de 12.000 inscritos nos programas de saúde mental. Neste contexto, somos a retaguarda para os atendimentos que necessitam de cuidados para uma internação psiquiátrica. Através dos nossos departamentos, todo trabalho desenvolvido é amparado pelo projeto terapêutico coletivo e singular. Por ser a única referência no segmento, atualmente são disponibilizados 122 leitos para tratamento em regime de internação psiquiátrica e mais 30 vagas no Hospital Dia destinados ao Sistema Único de Saúde – SUS. (Plano de Trabalho FEAK, Convênio 174/2020)

Em 2022, através do Termo de Convênio 96/2022 com o Município de Franca, a FEAK passou a administrar cinco novas SRTs da modalidade II com um total de 50 moradores. É de conhecimento que na região de saúde pesquisada não há leitos em hospitais gerais. Em 2024, a FEAK também passou a firmar convênio (Termo de fomento nº 39/2024) com a Secretaria de Ação Social e do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Franca, executando o Projeto Estrelinhas que atende crianças e adolescentes, mas válido pontuar que que o município não tem CAPS-i. O projeto:

> [...] tem por finalidade, a prestação de atendimento e apoio psicossocial, multidisciplinar, intersetorial na prevenção de doenças e promoção da saúde mental para crianças e adolescentes de seis anos à dezessete anos e onze meses e seus respectivos familiares e/ou responsáveis, residentes no município de Franca – SP. (Plano de Trabalho CMDCAF, 2024)

Como rede conveniada, é preciso falar das cts: NAREV e DCNOVI. Os sites e documentos de convênio foram consultados também. A Associação Núcleo de Apoio e Recuperação da Vida (NAREV) existe desde 1991 e tem por objetivo acolher pessoas do sexo masculino, com idade superior a 18 anos, "portadoras de transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas" (Site NAREV). A instituição recebe repasses do Governo Federal desde 2014, através do Ministério da Justiça, convênio com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Do município, ela recebe repasses de verbas desde 2016, através da Secretaria de Saúde, pelo termo de convênio 63/2016. Em 2017, recebeu repasses estaduais através da Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social (Site NAREV). Em pesquisa no Diário oficial do município com o termo "NAREV", aparecem inúmeras publicações sobre os demonstrativos do município e da instituição. O mais recente publicado em 04 de abril de 2025, trouxe o demonstrativo financeiro da associação do ano de 2024. Neste, é possível observar um repasse de verba do município de Franca, do governo federal, através da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Droga (SENAPRED) e dos municípios de Ibiraci e Miguelópolis, fora verbas de outras origens.

A segunda ct é a Desafio Cristão Nova Vida (DCNOVI) que existe desde 1985 e "(...) se resume em realizar um trabalho sério, responsável e com todo o suporte que o tratamento de adicção exige" (Site DCNOVI). Do seu plano de trabalho de 2021,

> Na atualidade além do convenio SEDS 1938/16, Programa Recomeço – uma vida sem drogas, pactua a 17 anos, convênio com a Prefeitura Municipal de Franca nº 0064/2016, estando entre as 3 comunidades terapêuticas consideradas aptas para a celebração do convenio no município de Franca SP. (DCNOVI, 2021)

No diário oficial, em pesquisa com o termo "DCNOVI", no dia 28 de março de 2025, a instituição aparece no demonstrativo de pagamento do município de Franca. A instituição tem concessão da Certificação de Entidade Beneficiente de Assistência Social (CEBAS) desde 2017 e é filiada na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), também desde 2017 (DCNOVI, 2021).

Tanto o Plano Municipal de Saúde, como o texto do Plano de Trabalho da DCNOVI citam três cts. A terceira seria a Associação Mão Amiga Recanto da Janaína (AMARJA), que deixou de receber repasse da secretaria municipal de saúde em dezembro de 2022, conforme demonstrativo publicado no diário oficial do dia 01 de dezembro de 2023. A instituição aparentemente existe, mas, supostamente, sem convênios públicos. E talvez haja motivos contundentes para isso: "[...] cooperar com as instituições públicas e particulares empenhadas na recuperação de dependentes, com um tratamento baseado na laborterapia, psicoterapia, disciplina, auto desenvolvimento e espiritualidade" (Site AMARJA).

A laborterapia é um nome bonito dado para uma prática manicomial antiga, vinda junto com os hospitais colônias do século XIX, onde é empregada a força de trabalho das pessoas internadas para manutenção do local, sem qualquer retorno ou pagamento e com um sentido moralizante e não de reinserção ou como política de trabalho para essas pessoas (CFP, 2017).

As cts são conhecidas pela sua religiosidade empregada em forma de tratamento que fere o direito individual previsto pela Constituição de 1988, "é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias;" (Artigo 5º, inciso VI, CF 1988). E religião não deve ser sinônimo de cuidado em saúde. "Devem nortear a atenção à saúde o conjunto de práticas e de princípios profissionais que orientam o atendimento na área, especialmente quando se trata de atendimentos referendados ou subsidiados pelo Estado, com recursos públicos" (CFP, 2017, p. 79). Destaca-se que as duas cts conveniadas do município trazem suas respectivas religiões. Uma tem cristã no nome e a outra descreve grupos para desenvolvimento da espiritualidade como forma de tratamento.

Importante observar o quão recente são os CAPS no município, bem como a ausência de um CAPS-i. A RAPS de Franca talvez esteja aprendendo agora o que é

desinstitucionalização, serviços de base territorial, atenção humanizada, diversificação do cuidado e cuidado em liberdade.

4.3 A População em Situação de Rua nessa realidade

Relembrando, não há uma fonte precisa de dados sobre a PopRua, o último censo nacional foi realizado em 2008 e as contagens oficiais como a do IBGE não contam a PopRua do país. Sendo assim, muitas pesquisas ficam a mercê de contagens de atendimento por políticas, mas sabendo que nem todas as pessoas acessam os serviços (Guilherme, 2025).

Neste trabalho, foi feita a opção de consultar os dados do CadÚnico, sendo uma relevante forma de acesso aos programas sociais (Neves, 2023), e estudos já realizados no município. No ano de 2023, a Secretaria de Ação Social de Franca (SEDAS) fez uma "(...) incursão para caracterizar a População em Situação de Rua (PSR) no município Franca/SP" (Franca, 2023, p.69), onde foram realizadas entrevistas individuais com 195 pessoas usuárias dos serviços socioassistenciais voltados para a PopRua. Esses dados estão apresentados no Plano Municipal Decenal de Assistência Social e também serão levados em conta aqui.

As entrevistas realizadas em 2023 apresentaram que 54,9% da PopRua de Franca era composta por migrantes e itinerantes e 45,1% com naturalidade francana. Dentro do grupo de migrantes e itinerantes, 61,3% moravam no município há mais de 5 anos e eram provenientes de diversos locais como Aparecida de Goiânia/GO, Distrito Federal/DF, São Paulo/SP, Passos/MG, entre outros (Franca, 2023). Franca parece ter ainda o perfil de receber migrantes viajantes até os dias atuais. "Considerando a soma das pessoas nascidas em Franca e as pessoas que viviam na cidade há mais de 05 anos, observou-se que a grande maioria eram de francanos em situação de rua, com um índice menor de pessoas que migraram de outras cidades" (Franca, 2023, p.71). Essa mesma pesquisa, trouxe informações sobre o tempo de rua, sendo 26,7% dos 195 entrevistados afirmaram estar há mais de 10 anos na rua e 33,8% afirmou estar entre 3 e 10 anos na rua (Franca, 2023).

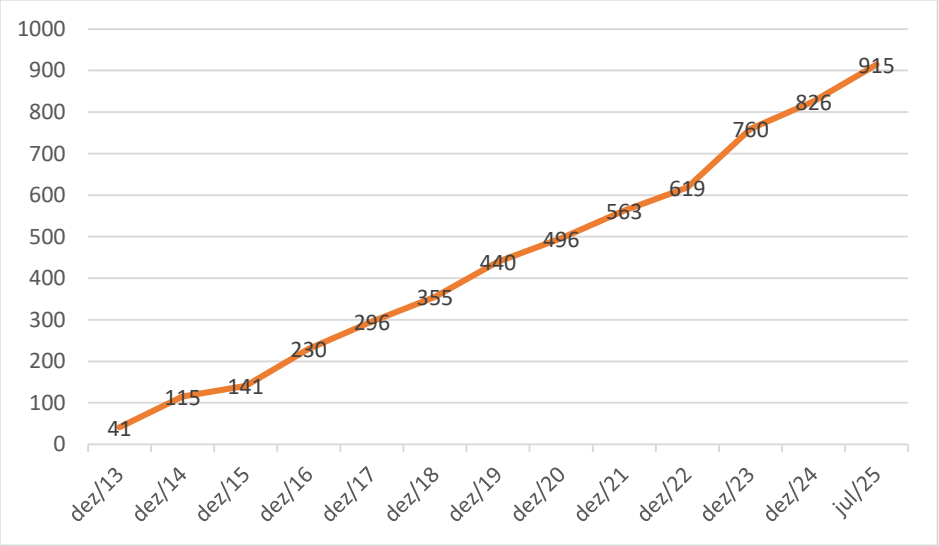
No estudo de Neves (2023), foi verificado que em julho de 2022 existiam 641 famílias em situação de rua cadastradas e, comparativamente, em dezembro e 2019 havia 451 famílias, tendo um aumento representativo de 42,12% entre 2019-2022. Aumento que, possivelmente, acompanhou todo o contexto histórico de crise do capital junto com a pandemia de COVID-19.

Em outro estudo, realizado por Katiscilene Oliveira em 2020, a pesquisadora analisou as fichas de atendimento do Centro-Pop de Franca, referente ao ano de 2018, e identificou que

existiam 749 fichas de cadastro no equipamento. Destas, 88% eram pessoas do sexo masculino e 12% do sexo feminino (Oliveira, 2020). Há uma discrepância e imprecisão histórica sobre dados e, por isso, segue importante o posicionamento sobre a urgente necessidade de uma contagem oficial, de um censo da PopRua.

Em consulta a portais oficiais, foi gerada uma série histórica sobre a quantidade famílias em situação de rua cadastradas no CadÚnico no município. Foi consultado o Visualizador de Dados de Programas Sociais (VIS DATA), que consiste em uma ferramenta da Secretaria de Avaliação, Gestão da Informação e Cadastro Único (SAGICAD) que disponibiliza dados e indicadores dos programas sociais, mostrando algumas séries abertas para consulta. Os serviços de referência para PopRua em Franca foram implantados a partir de 2013 e por isso, o gráfico começa neste ano.

Gráfico 5: Famílias em situação de rua de Franca cadastradas no CadÚnico



Fonte: elaborado pela autora, a partir de dados do VIS DATA 3 de 2025.

Neves (2023) destacou o aumento entre 2019 e 2022 em função da pandemia. Mas é importante observar o aumento entre 2022 e 2025 de 296 cadastrados, correspondendo a um aumento de 47,8%. Não dá para desvincular o processo de rualização de um processo maior e estrutural, de desemprego, políticas públicas cada vez mais empobrecidas e sem condições de trabalho, criminalização da pobreza e culpabilização do sujeito sobre sua própria situação (Prates; Nunes; Bulla, 2022).

Para falar sobre a PopRua de Franca, é importante sobre a rede de serviços que atendem essa população. A cidade possui uma rede de serviços socioasssitencias que compõem o

Sistema Único de Assistência Social (SUAS), conforme a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, através da Resolução 109/2009 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e seguindo os princípios da PNPSR, decreto 7.053 de 2009. Essa política municipal, assim como a de saúde mental, tem origens em grupos religiosos, vinculados a uma prática caritativa e de filantropia e reforçavam uma ausência do Estado (Oliveira, 2020; Guilherme, 2025). Os primeiros registros de PopRua são da década de 50 por conta dos atendimentos em um albergue noturno administrado pela Fundação Espírita Judas Iscariotes (Guilherme, 2025)

Os serviços do SUAS para a PopRua compõem a Rede de Proteção Social Especial. Essa rede é composta pelos equipamentos de média complexidade: o Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua (Centro Pop) e Serviço Especializado de Abordagem Social; e os de Alta Complexidade pelo Abrigo Institucional e Casa de Passagem, além do Serviço de Acolhimento Institucional Noturno (Pernoite) e Unidade de Atendimento Dia (FRANCA, 2022).

Tabela 3: Serviços socioassistenciais para a PopRua de Franca

Proteção Social Especial	Equipamento	Ano de implantação
Média complexidade	Centro-Pop	2013
	Serviço Especializado de Abordagem Social	2021
Alta Complexidade	Abrigo Provisório	-
	Casa de Passagem	2018
	Serviço de Acolhimento Institucional Noturno e Unidade de Atendimento dia	2021

Fonte: Plano Municipal Decenal de Assistência Social 2022-2032. Elaborado pela autora.

Destes equipamentos, apenas o Centro Pop é gestão municipal e todos os outros são executados pela Organização da Sociedade Civil (OSC) Pastoral do Menor e Família da Diocese de Franca (Pamen) (Franca, 2022; Neves, 2023). Destaca-se que o Serviço de Acolhimento Institucional Noturno e Unidade de atendimento dia não são serviços tipificados nacionalmente, sendo experiências municipais.

O Abrigo provisório é o equipamento mais antigo entre estes, existindo desde a década 1970 no mesmo local (Guilherme, 2025). Em 2014, foi vinculado ao SUAS e à Secretaria municipal de Ação Social (Neves, 2023). A Casa de Passagem era um equipamento separado

até 2021, mas no chamamento público de 2022, ela passou a ser integrada com o abrigo provisório (Franca, 2022).

Além desses serviços, o município conta com o projeto Moradia Primeiro, implantado em julho de 2021 (Franca, 2022), com inspiração no modelo do *Housing First* surgido nos Estados Unidos.

> O Projeto Piloto iniciou atendendo 40 pessoas, tendo sido ampliado gradativamente, chegando em 2023 com meta de 110 beneficiários. Objetiva romper com o ciclo de situação de rua e modelo etapista, provendo acesso a auxílio financeiro para custear uma moradia, concretizando uma porta de saída das ruas (Franca, 2022, p. 153)

O programa segue alguns critérios como o de ser residente em Franca há no mínimo 03 anos, ter 18 anos ou meais e estar em situação de rua há 03 ou mais (Franca, 2022). O programa é financiado pelo município e executado pela mesma OSC, a Pastoral do Menor e Família da Diocese de Franca.

O Consultório na Rua (CNR) não tem uma data pública precisa de seu início, sabe-se de histórias contadas que ele foi implantado na mesma época do Centro-Pop, pois Franca foi um dos municípios que aderiram ao Programa Crack é Possível Vencer, do governo federal de 2011. Na política de saúde, estava previsto implantação de CNR, CAPS-ad e diversos outros equipamentos, enquanto, na política de assistência social, estava prevista a implantação de serviços especializados para a PopRua, entre outros (Brasil, 2011).

Em 2012, foi realizada pesquisa no município de Franca onde foram identificadas 200 pessoas em situação de rua, maioria homens e com idade entre 20 e 50 anos e 98% usuários de crack e outras drogas (Franca, 2017). De acordo com o Plano Municipal de Saúde de 2014-2017, o mais antigo encontrado no site da prefeitura de Franca, o CNR já existia e estava incluso no plano. “Pensando nessa população que ocupa o espaço público das ruas e que faz uso de substâncias psicoativas é que está sendo ofertado o trabalho de Consultório na Rua, buscando proporcionar à esta parcela da população o acesso às ações sociais e de saúde” (Franca, 2014, p. 65).

Franca está entre os 10 municípios com mais famílias em situação de rua cadastradas no CadÚnico, conforme o VIS DATA, com 915 família em situação de rua registradas em julho de 2025. Esse dado pode refletir o aumento da PopRua, mas também o aumento e efetivação dos cadastros pelos serviços socioassistenciais.

Tabela 4: Municípios com maiores números de famílias em situação de rua no CadÚnico

Código	Nome	Referência	Total de famílias em situação de rua inscritas no Cadastro Único
355030	SÃO PAULO/SP	07/2025	95.349
350950	CAMPINAS/SP	07/2025	2.771
351880	GUARULHOS/SP	07/2025	2.711
354850	SANTOS/SP	07/2025	2.071
353440	OSASCO/SP	07/2025	1.395
354990	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS/SP	07/2025	1.195
354980	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO/SP	07/2025	1.121
354870	SÃO BERNARDO DO CAMPO/SP	07/2025	1.045
355220	SOROCABA/SP	07/2025	1.042
351620	FRANCA/SP	07/2025	915

Fonte: VIS DATA 3 (2025), gerado pelo site.

Guilherme (2025) aponta que no ano de 2023, foram atendidas 2.816 pessoas em situação de rua nos diversos serviços da política de assistência, sendo 1.212 pessoas atendidas somente no Centro-Pop. Apesar de Franca figurar entre os 10 municípios com maiores números de cadastrados, esse ainda não é um dado confiável e exato.

Outra base de dados consultada foi o CECAD 2.0 (Consulta, Seleção e Extração de Informações do CadÚnico). Ele também é uma ferramenta de consulta das famílias e pessoas incluídas no CadÚnico, onde foi possível verificar dados por pessoas, porém não foi possível verificar séries históricas como no outro sistema.

Tabela 5: Pessoas em situação de rua de Franca cadastradas no CadÚnico, por sexo, em Julho/2025

Sexo	Nº de pessoas	Percentual
Masculino	798	86%
Feminino	134	14%
Total	932	100%

Fonte: CECAD 2.0 (2025), elaborado pela autora.

A partir dos dados mais recentes, existem 932 pessoas em situação de rua cadastradas, no município e a divisão por sexo acompanha um perfil geral nacional desde o censo de 2008, como mostrado no capítulo 3. Esse padrão se mantém, inclusive, na verificação de outras pesquisas. Conforme Oliveira (2020), dos 749 cadastrados no Centro-Pop em 2018, 88% se

declaravam do sexo masculino e 12% do sexo feminino. Nos dados que a SEDAS coletou em 2023, o percentual de mulheres foi um pouco mais expressivo, com 23,1% e 75,9% de homens.

Sobre as pessoas LGBTQIAPN+ em situação de rua, é importante destacar que elas não estão na pesquisa nacional de 2008 ou nos cadastros consultados. É importante afirmar que a PopRua vem com todos os atravessamentos que a sociedade possui e não é por acaso que uma das bandeiras do MNPR tem o arco-íris de fundo, sendo uma forma de dar visibilidade para essas pessoas e fortalecer sua luta.

Os dados obtidos sobre Franca trouxeram algumas informações quanto à orientação sexual. Na incursão da Secretaria de Ação Social em 2023, "a grande maioria se identificava como heterossexual (92,8%), seguida por bissexuais (4,6%) e homossexuais (1,5%)" (Franca, 2023, p. 70).

O município de São Paulo, nos últimos censos municipais da PopRua, tem feito a pergunta sobre identidade de gênero. Em 2021, em São Paulo, 3% da população pesquisada se identificou como Trans/Travesti/Agênero/Não Binário/Outros (Barboza, 2023; Silva, 2024). De fato, são inúmeras as determinações que levam as pessoas para a rua, mas esse grupo específico de pessoas trans sofre violências, discriminações e abandonos de suas famílias, ambiente escolar e, com isso, a rua se coloca como espaço de sobrevivência (Silva, 2024).

Há uma publicação denominada "Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais" (Brasil,2013), dentro do âmbito da política de saúde, que pressupõe o acesso dessa população à atenção integral a saúde, bem como educação permanente para os profissionais da rede. No entanto, em pesquisa no Diário Oficial de Franca com o termo "LGBT", só é encontrado resultados apenas como descrição de pessoas em publicações do Conselho Municipal de Política Cultural de Franca, Secretaria Municipal de Esportes, Arte e Cultura ou da Fundação Esporte, Arte e Cultura de Franca.

Franca possui um Programa de Atendimento, Proteção e Defesa às Pessoas em razão de Violência de Gênero, de Orientação Sexual e de Raça - "Núcleo Reconhecer" desde 2022, no âmbito do SUAS que é ligado aos CREAS. Esse núcleo é administrado por uma Organização da Sociedade Civil (OSC) e é "[...] destinado ao atendimento de mulheres, população negra e LGBTQIAP+ em situação de risco decorrente de violências causadoras e lesão, sofrimento físico, sexual, psicológico dano moral e abandono." (Franca, 2022, p.28)

No âmbito do SUS, não há menção de equipamentos específicos ou formações e nem menção a locais para transição de gênero, tratamentos hormonais, por exemplo. Havendo

apenas uma proposta, trazida no Plano Municipal de Saúde 2022-2025, sobre o fortalecimento da:

> [...] vigilância em saúde, através da articulação em rede e intersetorial, o atendimento e acompanhamento de populações em situação de vulnerabilidade tais como: LGBTQIA+, pessoas negras, povos tradicionais, pessoas em situação de extrema pobreza, dependentes químicos, população em situação de rua, pessoas com deficiência, mulheres, idosos, crianças e adolescentes, vítimas de violência. (Franca, 2022, p.18)

Pessoas trans estão em vulnerabilidades anteriores a rua. O dossiê *A carne mais barata do mercado: dos assassinatos a violação dos direitos humanos da população trans no Brasil*, publicado pelo Observatório Trans, de 2017, trouxe as diversas violações de direitos que as pessoas travestis, transexuais e de gênero diverso sofrem. Entre elas, estão algumas que vão desde de negativa de uso de banheiros públicos, demissões de emprego à agressão física, exploração sexual, violências física, psicológica e sexual, bem como, discriminação em serviços de saúde (2017). A região sudeste é a região que mais viola direitos humanos das pessoas trans, conforme a publicação. Com a intersecção com a cor, são as que mais morrem, "(...) no ano de 2017 foram notificados 181 assassinatos de pessoas trans, sendo que 42% das vítimas eram negras" (Passos, 2018, p.11).

Fica a reflexão de que, se não há política de saúde para a população LGBTQIAPN+, como a PopRua que está nesse grupo, está sendo atendida.

4.3.1 Um destaque: a cor da PopRua francana

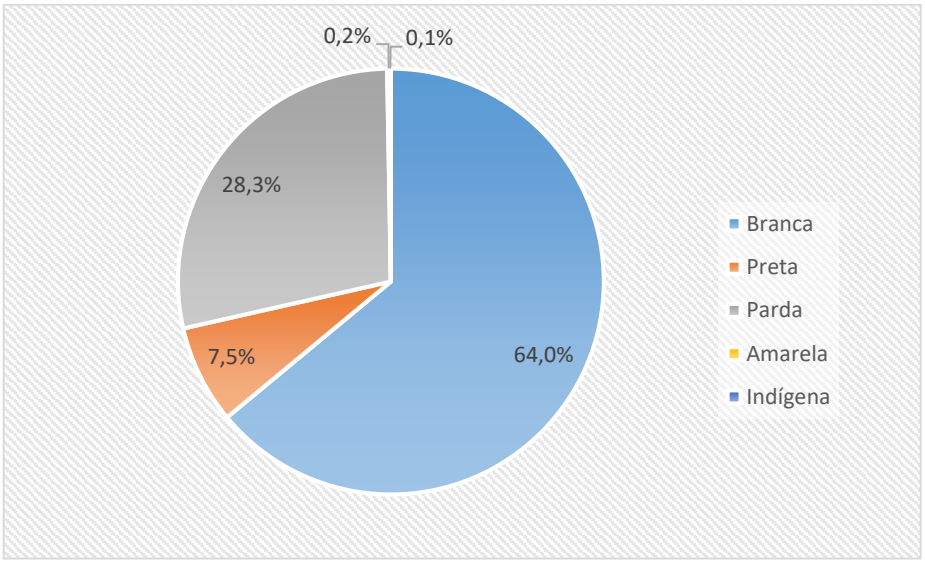
O recorte, talvez mais importante e mais emblemático sobre a PopRua do município é sobre a questão raça/cor. É sempre relevante lembrar que a PopRua brasileira tem como característica sua formação a partir da falta de políticas e medidas reparatórias para a população negra escravizada (Silva; Santos; França, 2023). As ruas têm uma cor (Santos; Sarreta, 2023).

Antes, é importante afirmar que este item foi separado para dar o devido destaque na questão e enfatizar que a constituição da sociedade brasileira passa pela escravidão e pelo racismo. "A sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça (noção ideológica), demarcou seu lugar, a maneira de tratar e ser tratado, os padrões de interação com o branco, e instituiu o paralelismo entre cor negra e posição social inferior" (Souza, 1983, p.19).

A história de Franca, enquanto município com autonomia política, começou com o café e depois com a industrialização, principalmente do calçado. Muitos imigrantes brancos vieram para Franca, bem como negros ex-escravizados. Franca é conhecida como a terra de Abdias do Nascimento, de seu Carlos de Assumção e onde Carolina Maria de Jesus já residiu.

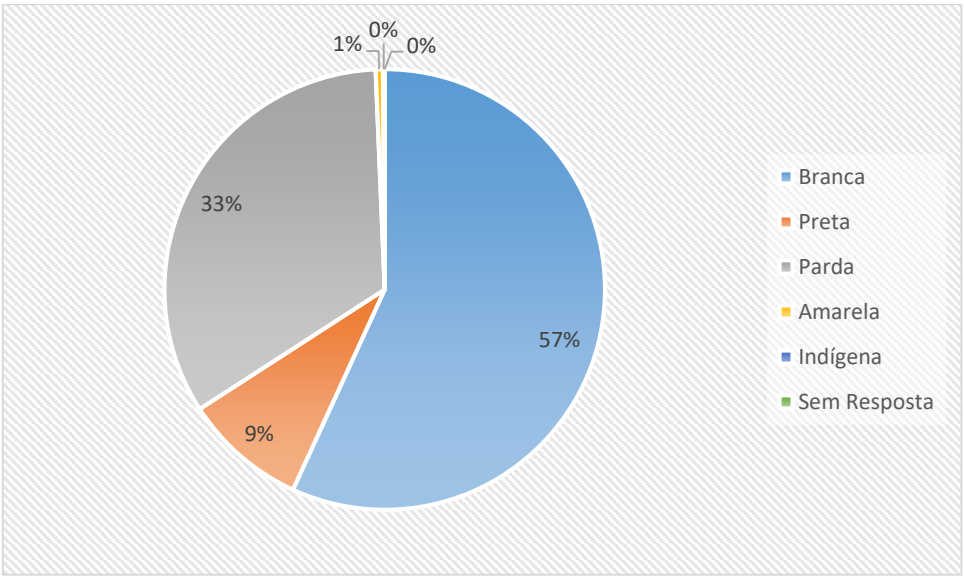
Serão trazidos uma sequência de gráficos para a discussão. Conforme o último censo do IBGE de 2022, a maioria da população de Franca se declara branca (64%).

Gráfico 6: População de Franca conforme Raça/Cor, 2022



Fonte: IBGE, Censo demográfico de 2022, elaborado pela autora.

Gráfico 7: Pessoas de Franca cadastradas no CadÚnico, por cor ou raça, em Julho/2025

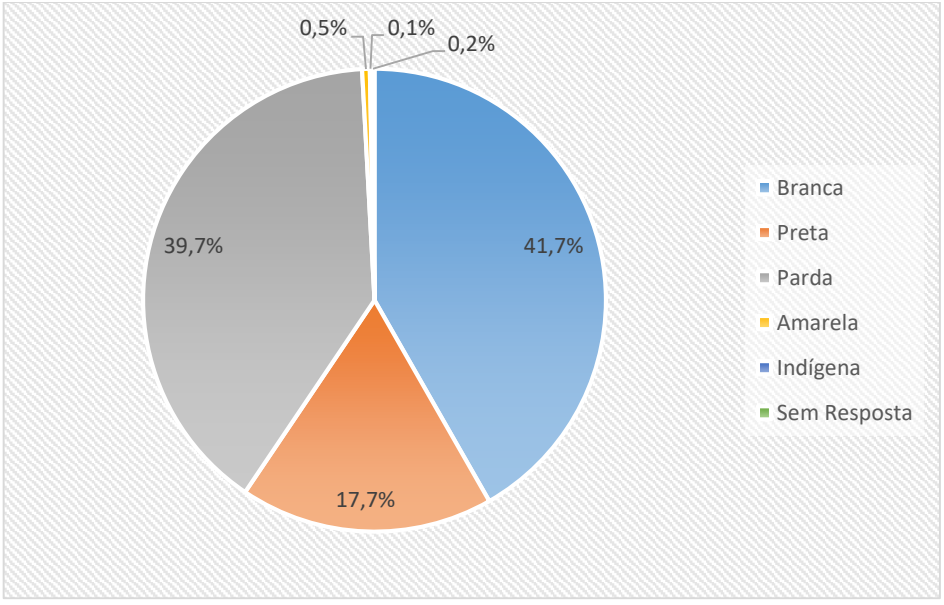


Fonte: CECAD 2.0 (2025), elaborado pela autora.

O gráfico 6 mostra que a maioria da população de Franca (64%) se declara branca e 35,8% se declaram pretos e pardos. Enquanto que o gráfico 7 traz dados do CECAD sobre as pessoas cadastradas no CadÚnico, onde o percentual de brancos diminui e o de pretos e pardos aumenta. No município, havia 84.706 pessoas cadastradas no CadÚnico, no mês de julho de 2025. Importante dizer que, quem pode fazer o cadastro são famílias que vivem com até meio salário-mínimo por pessoa, então é uma parcela da população mais empobrecida e que procura as políticas sociais.

Conforme publicação do IBGE de 2024 sobre os Indicadores Sociais da População Brasileira, 70% dos pobres e extremamente pobres são pessoas pretas ou pardas. O gráfico 8 traz a informação sobre cor/raça da PopRua de Franca. Neste, os percentuais são mais divergentes ainda, com 57,4% (somatório de 39,7% e 17,7%) dessa população, declarando ser pretas ou pardas.

Gráfico 8: Pessoas em situação de rua de Franca cadastradas no CadÚnico por cor/raça em Julho/2025



Fonte: CECAD 2.0 (2025), elaborado pela autora.

Esse valor de 57,4% está abaixo dos dados nacionais. Em 2008, cerca de 67% se declararam pretos ou pardos e mais recentemente, 70% se declararam negros pelo levantamento da UFMG, 2025. Nos dois referencias nacionais, 29% se declaravam brancas, enquanto nos dados de Franca 41,7% da PopRua se declarou branca.

No entanto, ao analisar esses gráficos em sequência, percebe-se que a população branca vai diminuindo e a negra vai aumentando, expressão que pretos e pardos estão entre os mais pobres do município. Nas entrevistas realizadas em 2023, pela Secretaria de Ação Social, 65,2% se identificou como negro (pretos e pardos) e 33,3% como branca (Franca, 2023), projeção mais próxima do cenário nacional. Franca tem um número expressivo de pessoas brancas em situação de rua, na comparação com outros dados, mas também tem um número grande de pessoas negras nas camadas mais pobres e em situação de rua, refletindo o processo histórico e desigual entre pessoas brancas e negras.

A população negra, no Brasil, foi "liberta" e jogada a marginalidade, para exército industrial de reserva e tendo que disputar com brancos que vieram para o Brasil para serem os operários. "Ora, se o 'ex-escravo é jogado como sobra na periferia do trabalho livre', parece que a ele seria destinado o exército industrial de reserva, já que sua mão de obra era considerada 'inferior' em detrimento da mão de obra branca" (Pereira; Sampaio, 2018, p. 439 apud Santos; Sarreta; Guilherme, 2023, p.10).

A cidade reproduz a história do centro-sul do país que teve sua economia baseada no café, a partir dos produtores brancos. Conforme Follis (2007), citando Barbosa (2004), em 1920, havia 44.308 habitantes em Franca, destes 21,35% eram imigrantes italianos e espanhóis que posteriormente viram a se tornar os empresários da indústria calçadista. O município é o retrato da política de embraquecimento da época que, além de servir a um pensamento racista, eugenista e que jogava o negro a posição de coisa, de "não-ser", também foi útil ao capitalismo que estava em ascensão nessas terras. "O papel do negro escravo foi decisivo para os começos da história econômica de um país fundado, como era o caso do Brasil, sob o signo do parasitismo imperialista" (Nascimento, p. 49).

CAPÍTULO 5: PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE MENTAL À POPRUA NA RAPS DE FRANCA

Mas o SUS não pergunta quem merece.
Ele reconhece a urgência de um corpo,
o direito à vida.
O SUS não foi feito pra correr ninguém.
Foi feito pra atravessar barreiras,
abraçar o que sobra.
E cada profissional que se dispõe a ver,
escutar,
tocar,
leva consigo a praça, a rua,
os sonhos,
a pele do mundo.
Esse tipo de gente…
somos todos nós,
quando reconhecemos
que temos uma história.

(Juliana Cristina Dias, Agente Comunitária de Saúde do CNR de Ribeirão Preto)

5.1 Conhecendo a RAPS de Franca

Ao se pensa em Rede, vem ao pensamento, uma imagem de uma teia, um emaranhado de linhas, umas sobre as outras que ligam pontos específicos e com certa distância entre si. Esse item procurará conhecer e apontar algumas das características dessa rede (emaranhado) quanto a serviços, profissões e a organização do trabalho.

As Redes precisam ter, entre outras características, uma integração horizontal e vertical. A organização do SUS mudou do modelo da pirâmide para o modelo da rede, tendo como centro a Atenção Básica ou Atenção Primária em Saúde. As redes não são simplesmente arranjos poliárquicos, onde há muitos chefes e pouco cuidado, mas elas deveriam buscar estabelecer certos padrões de inter-relações (Mendes, 2011), porém uma contradição das Redes é a de que elas necessitem de relações vivas de saúde, do cuidado no território, no entanto, ainda são criadas dentro de um modelo centrado na doença.

Ao pensar a RAPS é preciso levar em conta que esse processo de rede é atravessado por uma noção de resolução da doença, sem considerar fatores maiores e estruturais da sociedade capitalista. Pode se dizer que a RAPS está entre uma perspectiva de saúde mental como saúde e outra, como uma doença/diagnóstico. Merhy (2014) trouxe o conceito de Redes Vivas, por exemplo, no sentindo de conexões entre as vidas dessa rede, trabalhadores e pessoas, inclusive da rua. Amarante (2015) fala da rede não somente como pontos de ligação, mas pontos de encontro, de cooperação e iniciativas de atores sociais. Mas essa mesma RAPS também está

dentro da lógica de medicalizar, de diagnosticar, de psiquiatrizar e saudementalizar (Costa, 2024), da realidade atual e da lógica gerencialista do capital.

Apesar da RAPS possibilitar uma nova dimensão e ações em SM no SUS (Amarante; Nunes, 2018), ela não impossibilita práticas manicomiais. Mesmo sendo extra-hospitalar ou em dispositivos que foram historicamente os substitutos dos hospitais, não há necessariamente uma oposição à lógica manicomial (Costa; Mendes, 2020). As práticas de medicalizar e patologizar a vida são exemplos de que o cuidado na RAPS nem sempre diz respeito a um cuidado em liberdade e com autonomia, mas algumas vezes apenas é uma forma diferente de aprisionar e docilizar (Costa; Mendes, 2020).

Levando o exposto em consideração, serão apresentados os dados desta pesquisa. A coleta se deu por meio do envio de formulário de preenchimento online aos trabalhadores da RAPS através de grupos de WhatsApp e e-mail. Partiu-se da noção de que, quem constrói a RAPS e o SUS é quem está todo dia no local atuando diretamente. A linha de frente da política pública é o trabalhador.

No entanto, antes de apresentar os dados propriamente ditos, se faz importante discutir sobre condições de trabalho desses atores que constroem a rede. Ao final do formulário havia um espaço aberto para manifestações de opinião e agradecimentos. Uma das respostas chamou a atenção pois trouxe: *"Eu que agradeço, sempre tive o olhar de ampliar o cuidado em saúde, mas as administrações e gestão limitam as nossas ações como agentes e nos privam de conhecimento sobre o tema"* (Formulário eletrônico). Essa resposta aponta para a disputa de projetos de sociedade que impactam diretamente a política de saúde, o SUS. Em nome da efetividade e produtividade, muitos sistemas de saúde, incluindo o brasileiro podem adotar uma noção de gestão que procura padronizar e transformar em linha de produção taylorista, com base na ciência e em protocolos a fim de ter uma eficiência profissional (Campos, 2014).

Falar em saúde mental e população em situação de rua é refletir sobre toda uma organização da sociedade. Martín-Baró aponta como o trabalho é básico para formação de identidade e desenvolvimento do humano enquanto humano e pode ser fonte de realização ou de fracasso. O trabalho é central na organização das sociedades e suas múltiplas formas podem variar numa linha entre a alienação e a humanização. O trabalho no capitalismo, por definição, é segregador e alienante. O trabalho realizado pelo trabalhador não é dele, havendo uma valorização das coisas, com uma consequente desvalorização da vivência humana (Marx, 2004). Nesse sentido, é relevante levar em conta que todas as respostas aqui apresentadas foram

de trabalhadores da saúde, que também estão sob a lógica do capital e que sofrem dessas contradições da realidade.

O trabalho, no modo de produção capitalista, é um elemento fundante, mas não tem um sentido positivo. O trabalhador no capitalismo produz a mercadoria, mas também produz a si próprio, enquanto mercadoria, se desumanizando, coisificando (Marx, 2010. Lemos, 2016). Nesse sentido, apesar da pesquisa não ter tido o foco na saúde mental do trabalhador, outra resposta no espaço final, chamou a atenção: *"Que este estudo chame a atenção não apenas sobre os moradores de rua mas sobre a falta de assistência em saúde mental de todos no município inclusive dos funcionários da prefeitura que nunca encontraram apoio nenhum para os assédios sofridos"* (Formulário eletrônico).

Para se ter uma modificação na assistência em saúde mental, antes, se faz necessário humanizar esse trabalhador que vem sendo desumanizado pelo processo de trabalho e adoecido junto. "O trabalhador da saúde não é um fragmento descolado da história e por isso sujeita-se e é sujeitado à lógica do capital. Constitui-se, assim, em meio a uma tensão entre subjetividade/ objetividade" (Lemos, 2016, p. 917). Os trabalhadores também sofrem das violências e alienação do trabalho, como está organizado, nesta sociedade. Eles podem ser violentos e manicomiais, mas são explorados, pois há uma desumanização anterior que é do modo de produção capitalista.

Ainda sobre saúde mental do trabalhador, houve no formulário, uma pergunta sobre "o que significa Saúde Mental para você?" que será melhor explanada adianta, mas um trabalhador respondeu:

> *Significa tudo e é necessário temos casos de outros tantos funcionarios estarem passando por problemas de saude mental desde abuso fisico a psicológico por parte da gestão e de pacientes que abusam dos funcionarios de formas variadas, varios sao os afastamentos e nunca recebemos apoio de ninguem da prefeitura municipal de franca que sempre fecha os olhos pra isso. (Formulário eletrônico)*

Os trabalhadores estão sofrendo com os processos de trabalho cada vez mais precarizados, sem respaldo e organização coletiva. Essas falas concordam, inclusive, com algumas notícias municipais que apontaram algumas das condições de trabalho. Em uma publicação do portal da Câmara Municipal de 27 de maio de 2025[2], uma das vereadoras da Comissão Especial de Assuntos Relevantes (CEAR), criada para fiscalizar e verificar as condições de trabalho dos servidores públicos, relatou ser "um cenário caótico" as condições

[2] "Marília Martins relata precariedade nas condições de trabalho dos servidores públicos; é um cenário caótico" https://franca.sp.leg.br/Noticias/Details?id=5879

estruturais de trabalho com falta de equipamentos, climatização de ambientes e armazenamento de medicações. Junto disso, foi apontada uma culpabilização do trabalhador sobre seu adoecimento, bem como um medo de retaliação que faz com que haja pouca participação em espaços organizados para esses trabalhadores.

Os serviços da atenção básica são administrados diretamente pela gestão pública municipal, no entanto, boa parte, como os CAPS e as SRTs são terceirizados para uma instituição de tradição manicomial e insuficiente para a cidade. Um trabalhador também apontou para esse mesmo sentido, *"ótima pesquisa, tendo em vista que apesar do grande número de pessoas em luta psiquiátrica, os serviços prestados ainda são muito pouco"*.

Considerando que os processos de gestão e avaliação do SUS, cada vez mais se apropriam da lógica empresarial, será cada vez mais nítido que o trabalhador da saúde é subordinado a lógica mercantil (Lemos, 2010).

> [...] partindo da tese da práxis interativa, compreende que o capital não deforma o sujeito apenas no seu trabalho propriamente dito, mas, de forma contínua e constante, vai se entremeando nas relações familiares, na escola, na igreja, em todos os espaços interativos que são determinados pela objetividade do sistema capitalista. (Lukács, 1979 apud Lemos, 2016, p. 917)

Nesse sentido, é importante ser realizada uma reflexão sobre o trabalho em saúde e para qual saúde. O trabalhador é considerado mercadoria nesta lógica, suas relações estão reificadas e sem referencial histórico que não sejam si mesmos, tornando o cuidado profissional um bem a ser consumido e parte do lucro (Lemos, 2010), um trabalho alienado.

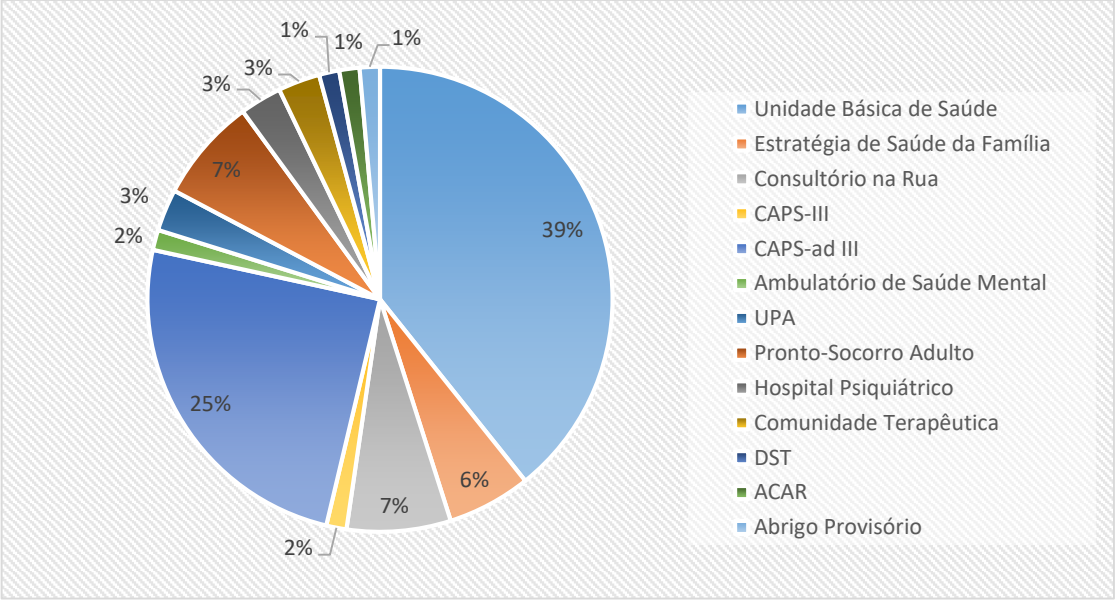
> Se não houver uma direção política para uma mudança efetiva da sociedade, corre-se o risco da roda girar sobre o próprio eixo. Mobiliza-se, desta maneira, trabalhador e usuários para mudanças circunstanciais ao trabalho, ou às demandas locais, sem se considerar a luta mais ampla de transformação, não só dos serviços como da sociedade. (Lemos, 2016)

É necessário, para não incorrer em culpabilizações individuais, compreender e demarcar que os dados coletados foram respondidos por esses trabalhadores que apontaram assédios, adoecimentos, sofrimentos, não reconhecimento e insuficiências de serviços que constroem essa RAPS.

Apresentando, de fato, os dados da coleta, a primeira questão do formulário procurava saber o local de trabalho dos respondentes. A maioria dos participantes foram de trabalhadores da Atenção Básica (AB), totalizando 52% das respostas, sendo: 39% de UBSs, 6% ESFs e 7% CNR, como mostra o gráfico a seguir. É válida a observação de que a pesquisadora trabalha na AB e talvez, por isso, houve maior proximidade. Também se faz necessária a análise de que a

AB é de administração direta do município, sendo uma amostra de servidores públicos municipais o que, em tese, possa dar uma maior liberdade de resposta do que aqueles que são terceirizados e ligados a outras instituições.

Gráfico 9: Local de trabalho dos participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora.

O segundo maior local que obteve respostas foi o CAPS-ad III com 25%. Como mencionado no primeiro capítulo, a forma de aplicação *in loco* influenciou na quantidade de respostas. Também é válida a reflexão que o tema "PopRua" é (ou deveria) ser próxima da realidade do CAPS-ad. Além de que, geograficamente, CNR e CAPS-ad são vizinhos no município o que facilitou a coleta e diálogo com o serviço.

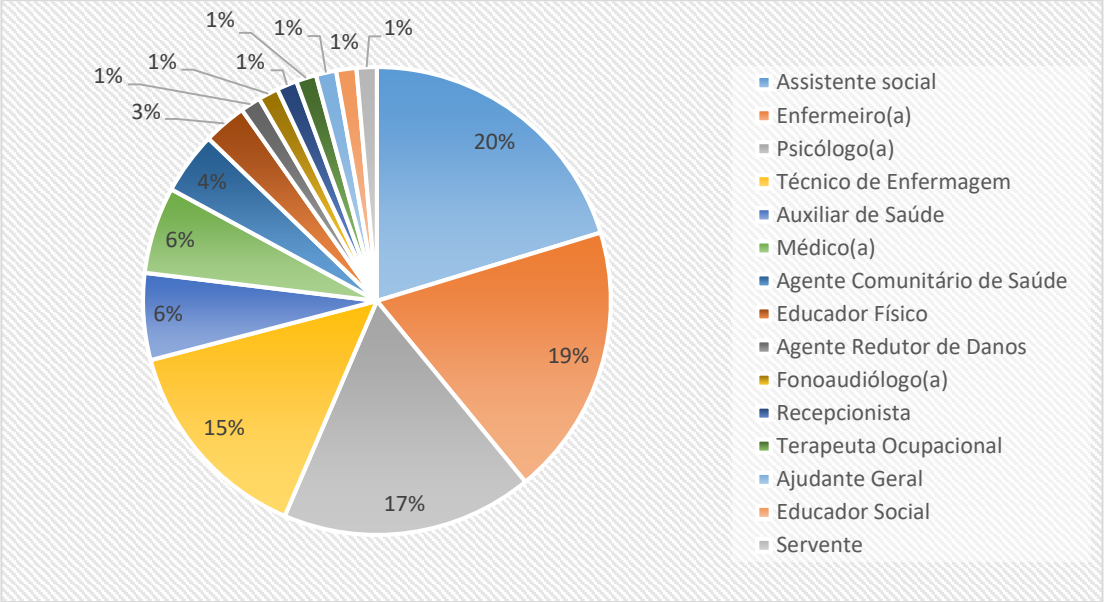
Equipamentos mais antigos da cidade tiveram pouca representatividade nas respostas: ambulatório de saúde mental teve apenas 2% de resposta e o próprio hospital psiquiátrico teve 3%, e o CAPS-III, 2%. O Pronto-Socorro e as duas UPAs somaram 10% das respostas, mas sabe-se que, historicamente, a PopRua acessa os serviços de saúde pelos prontos-atendimentos. Esses serviços são os primeiros citados por 44% dos entrevistados na Pesquisa Nacional, sobre a População em Situação de Rua quanto ao acesso na política de saúde (Brasil, 2008). CTs tiveram 3%, lembrando que o formulário só foi enviado para uma das comunidades ligada a política municipal.

O formulário também chegou em equipamentos não diretamente da RAPS, como o ambulatório de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) com 1% das respostas. Na

legenda, está identificado como “DST”, se referindo a maneira como o trabalhador respondeu e 1% do Ambulatório de Crianças de Alto Risco (ACAR). Este último é um equipamento municipal e não preconizado em portarias nacionais. Também apareceu 1% de respostas do Abrigo Provisório que não é ligado a política de saúde, mas seu público é a PopRua e por isso a pesquisa pode ter chegado ao local.

Sobre as profissões, as que mais responderam à pesquisa foram, na sequência, os assistentes sociais (20%), enfermeiros (19%), psicólogos (17%) e técnicos de enfermagem (15%) como demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 10: Profissões dos participantes da pesquisa



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

É possível que haja um viés da profissão da pesquisadora dialogar mais com as ditas profissões de ensino superior. Mesmo assim, esse dado contrapôs à noção de que, quem executa a política de saúde mental são somente as profissões ‘psis’. No entanto, a profissão que mais respondeu foi a profissão que trabalha historicamente com as expressões da questão social, típica da sociedade capitalista. A primeira política que reconheceu a PopRua como pessoas de direitos foi a política de assistência social.

Em uma publicação de revisão de literatura sobre as ações de saúde voltadas à PopRua, as autoras observaram estudos que apontaram a dificuldade de acesso dessa população aos serviços de saúde, agravando os transtornos mentais, e verificaram estudos que faziam uma defesa de que houvesse profissionais mediadores durante os atendimentos, muitas vezes vindos

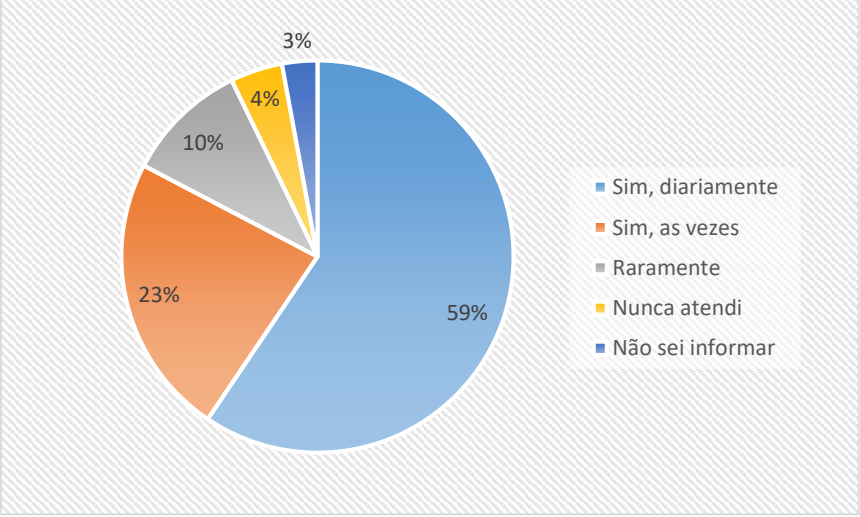
da assistência social, dado que a saúde atende pouco na rua (Wijk; Mangia, 2019). Os assistentes sociais que responderam à pesquisa, apesar de atuarem na saúde, podem ser os profissionais acionados em seus ambientes de trabalho quando é sobre a PopRua, já que fazem parte das equipes em vários níveis de atenção da RAPS. “Além das atividades assistenciais e clínicas (as UBS contam com médicos ginecologistas, clínicos-gerais e pediatras, além de equipe de enfermagem, psicólogas, assistentes sociais, fonoaudiólogas, cirurgiões-dentistas)” (Franca, 2018, p. 76).

As respostas ficaram centradas nos profissionais de ensino superior, com exceção dos médicos (6%), pois é uma profissão que, principalmente, na organização das UBSs, possuem tempos curtos de atendimento, não se caracterizando como das equipes de saúde, pois rodiziam as várias unidades da cidade.

Auxiliar de saúde (6%) são os trabalhadores das recepções das unidades em Franca e o percentual mais baixo foi dos agentes comunitários de saúde (4%). Esse dado pode apontar para uma rede de saúde centrada no saber técnico-científico do profissional diplomado que tem maior participação e até certo engajamento em espaços de formação e pesquisa ou pode apontar para um não alcance da pesquisa nessas categorias. No entanto, são essas as profissões, junto com o agente de redutor de danos (1%) que recepcionam e que vão, em tese, aos territórios e conhecem os sabes e cuidados locais, que constroem cuidado em saúde com a população.

Em seguida, foi questionado se, no local de trabalho, já havia atendido uma pessoa em situação de rua. A maioria, 59%, respondeu que “sim, diariamente atendem a PopRua” e 23% respondeu que “sim, às vezes”, como pode ser observado no gráfico a seguir.

Gráfico 11: Sobre atendimento da PopRua no equipamento



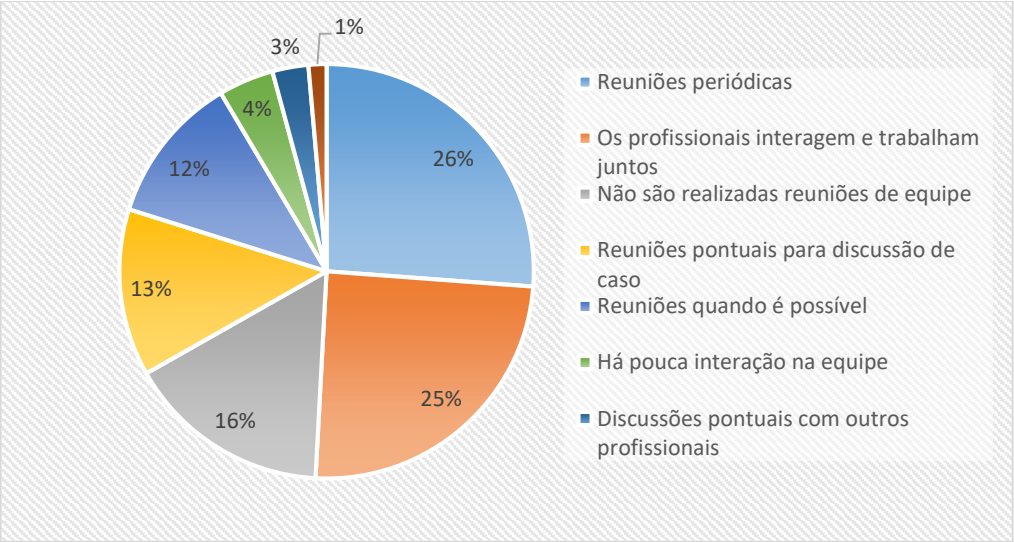
Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Apenas 10% respondeu que raramente atende PopRua, 4% que nunca atendeu e 3% não soube informar. É interessante perceber que a PopRua está acessando os vários pontos de atenção da RAPS, não somente os prontos-atendimentos. No entanto, é importante destacar que esses dados podem estar enviesados, pois os trabalhadores que responderam podem ser justamente os que estão mais acostumados a atender a PopRua ou enxergá-la, em suas unidades.

Os serviços de urgência e emergência ainda são bastante procurados pela PopRua por atenderem de forma espontânea e sem necessidade de encaminhamentos e demais processos de saúde e também, por essa população ter como característica procurar o atendimento em saúde quando a condição está afetando a vida e o trabalho na rua, como lesões e fraturas (Valle; Farah, 2020; Schlichting et al, 2025).

Nos gráficos que seguirão, será demonstrado um pouco como essa rede funciona e como os trabalhadores se organizam nos seus próprios equipamentos.

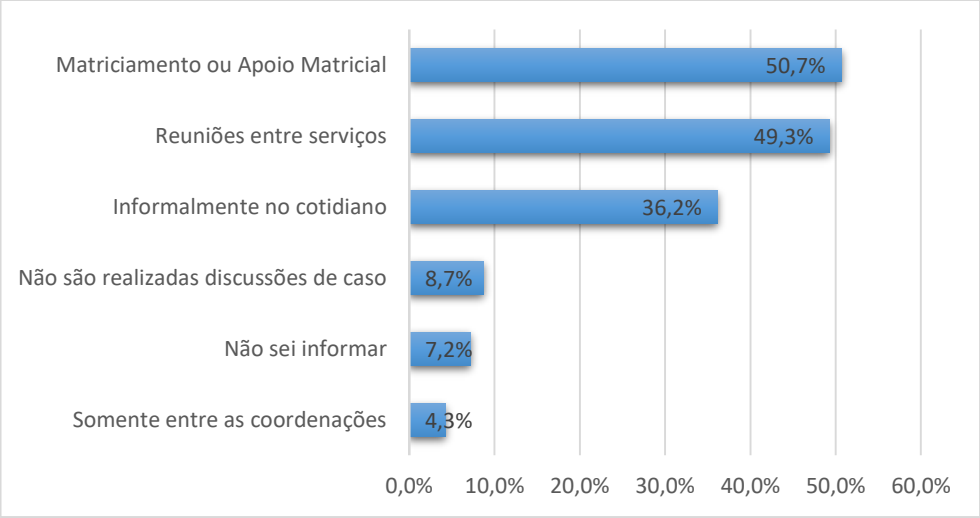
Gráfico 12: Como é a organização da sua equipe



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

No gráfico 12, 26% dos trabalhadores responderam ter reuniões periódicas entre suas equipes. Enquanto 16% afirmou não serem realizadas reuniões, 13% afirmaram ter reuniões pontuais e 12% reuniões quando possível. Apesar da não organização do tempo para uma reunião periódica, 25% apontou ter uma boa interação e trabalhar em conjunto com a equipe e apenas 4% relatou ocorrer pouca interação.

Gráfico 13: Onde são realizadas as discussões de caso

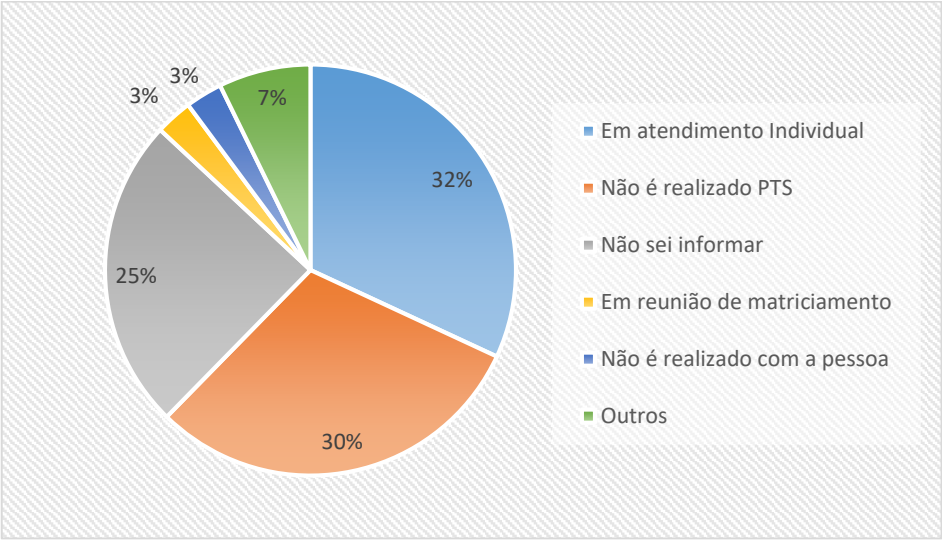


Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

O gráfico 13, acima, equivale a pergunta sobre como são realizadas as discussões de casos da equipe, dos usuários em acompanhamento. 50,7% dos trabalhadores responderam debater no espaço de matriciamento ou apoio matricial. 49,3% apontou nas reuniões entre serviços e 36,2% relatou discussões informais no cotidiano do trabalho.

O gráfico 14, abaixo, conta as informações sobre o Projeto Terapêutico Singular (PTS) com a PopRua, como ele é feito e se é realizado. 32% dos trabalhadores responderam que o PTS é elaborado em atendimento individual, enquanto 30% apontaram que não é feito. 25% responder não saber informar.

Gráfico 14: Como é feito o PTS com a PopRua



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

A Rede pressupõe encontro, ligação, no entanto, a partir desses dados, muitos dos trabalhadores não se encontram dentro de seu próprio espaço de trabalho ou se encontram de forma pontual, já que somente 25% respondeu ter o espaço periódico de encontro da equipe. Para ter um cuidado integral em saúde na perspectiva do próprio SUS, deveria haver uma junção de saberes e disciplinas. A saúde expressa múltiplas determinações que não tem uma resposta única, um único olhar e apenas um atendimento. Dessa maneira, as reuniões de equipe se tornam espaços de troca, planejamento, de discussões de caso e também de educação permanente (Wijk; Mangia, 2019). Quando se pensa na complexidade da PopRua isso se intensifica, sendo problemático perceber equipes que não são tão equipes assim.

A Política de Humanização do SUS, política transversal e que estruturou algumas práticas e tecnologias para o fortalecimento das redes de saúde, aponta o PTS como uma importante ferramenta de atenção em saúde. Nas respostas dos trabalhadores, chama a atenção o dado de que mais 50% dos trabalhadores responderam não saber ou não fazer o PTS, conforme mostra o gráfico 14.

> O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. (...) é uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, consequentemente, para definição de propostas de ações (Brasil, 2007, p.40)

A prática do PTS iniciou-se nos serviços de saúde mental em Santos, na década de 1990, muito antes de marcos legais da RP e depois passou para outros níveis de atenção, a primária, os CAPS e hospitais (Campos, 2014). O PTS, o trabalho em equipe e o matricipamento podem ser considerados dispositivos de uma mesma perspectiva de trabalho em saúde, a da clínica ampliada (Campos; Amaral, 2007, Brasil, 2007). Formas de organização e trabalho que foram englobados na política de humanização e de saúde mental.

A clínica ampliada é uma concepção oposta a noção de clínica médica tradicional que fragmenta o sujeito em parte e/ou doenças que devem ser tratadas. A clínica ampliada tem como objeto de atuação, o sujeito, englobando toda sua integralidade orgânica, social e subjetiva, pois cada pessoa é única. Parte-se da noção que cada sujeito é singular, mesmo que a doença seja igual (Campos; Amaral, 2007, Campos, 2014). “(...) não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas” (Campos; Amaral, 2007, p. 852). Essa

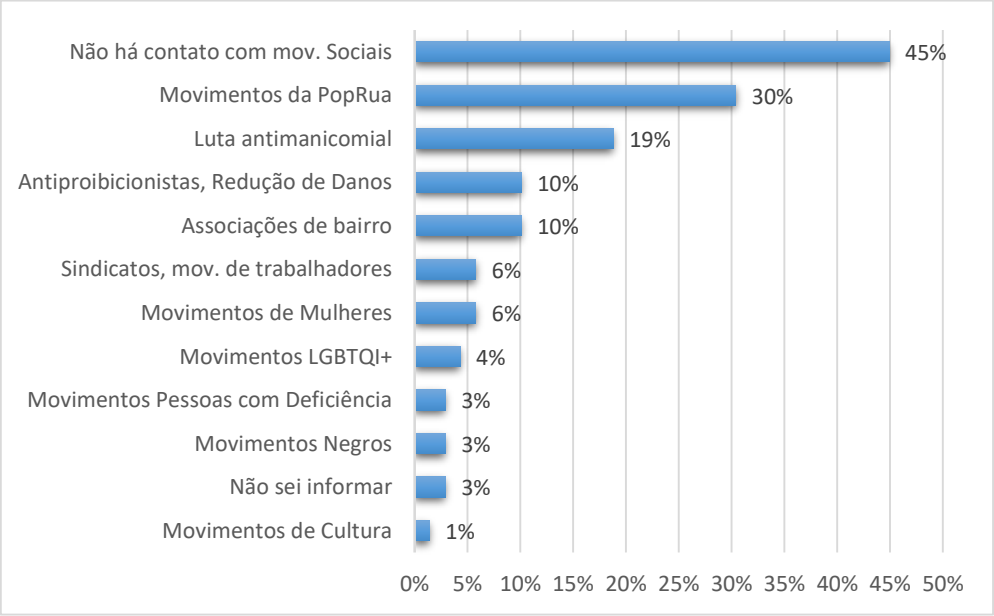
perspectiva foi importante para modificações na forma de cuidado em saúde, pensando a dimensão técnica de uma atenção psicossocial.

A transformação do modelo de atenção em saúde mental para o modelo da atenção psicossocial é um processo complexo que envolve muitos campos, entre eles: a dimensão teórico-conceitual, a jurídico-política, a técnico-assistencial e a sociocultural (Amarante, 2015). Não bastando somente os conceitos e leis, também é preciso uma mudança do trabalho em saúde mental. Há muitas experiências ao longo do Brasil sobre essas mudanças de perspectivas de atuação, experiências de desinstitucionalização, de atendimentos em territórios diferentes (como a rua) e práticas de encontro.

É válido destacar que movimentos sociais foram importantes para a mudança na Saúde Mental. Nesse sentido, também foi feita uma questão sobre o contato com movimentos, se há e com quais. A questão era aberta e o respondente poderia selecionar mais de um item.

Conforme o gráfico 15, abaixo, 45% dos trabalhadores responderam não ter contato algum com movimentos sociais, mas 30% respondeu ter com movimentos da PopRua e 19% com os de Luta Antimanicomial.

Gráfico 15: Contato e/ou articulação com Movimentos Sociais



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Sobre movimentos da PopRua, em nível municipal, o Fórum da População em Situação de Rua de Franca se mostra como um ator coletivo de resistência e luta desde 2016 (Guilherme, 2025). No entanto, é possível que muitos dos trabalhadores não tenham entendido essa questão.

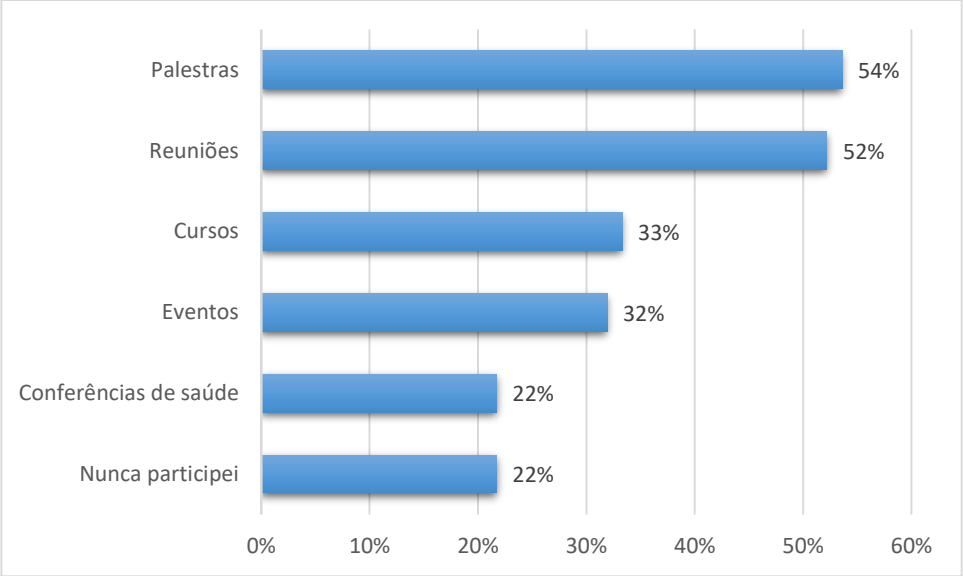
Em sua dissertação, Guilherme (2025) fez entrevistas com lideranças desse movimento local que apontaram para as dificuldades de mobilização do Fórum por desmobilização coletiva e reforçada pelas condições concretas e materiais. Ademais, nas entrevistas foi apontado que Fórum está mais próximo nas políticas da Assistência Social e mesmo na sua composição há mais trabalhadores do SUAS, organizações da sociedade civil e é citada a participação somente de trabalhadores do CNR como equipamento do SUS, por isso, os 30% de respostas que apontaram contato movimento da PopRua pode ser questionável.

A RAPS de Franca, como mencionado no capítulo 4, é relativamente nova, considerando que em 2017 o hospital psiquiátrico ainda tinha 200 leitos SUS e o CAPS-III foi inaugurado em 2018. Essa rede não foi criada a partir de uma mobilização, aparentemente, dos usuários e trabalhadores ou de movimentos sociais, parece que foi, e ainda é, estruturada de cima para baixo com normativas, financiamentos e fechamentos de serviços por estar em desacordo com a política nacional. Aparentemente, a RAPS do município não tem uma história com o território e isto parece influenciar diretamente o trabalho em saúde, através de uma menor coletivização e organização o que também faz refletir sobre o dado sobre a luta antimanicomial. Apesar desses apontamentos, a pesquisa tem o limitador de não ter tido um contato direto com o respondente para esclarecer essas dúvidas.

Foram realizadas duas questões sobre a oferta de formações para os trabalhadores. Uma das diretrizes da RAPS é justamente a "promoção de estratégias de educação permanente" (Brasil, 2011). A Política Nacional de Educação Permanente, instituída pela portaria nº 198/GM de 2004, prevê uma organização por colegiado e polos para a garantia da formação dos trabalhadores. Nesta pesquisa foi verificado o quanto os respondentes tinham algum contato formativo com os temas da saúde mental e da PopRua, considerando "a formação e o desenvolvimento de trabalhadores" (Brasil, 2004) como parte dos processos de trabalho na saúde.

O gráfico a seguir mostra as respostas em relação a pergunta "Você já participou de capacitação e formação sobre Saúde Mental oferecidas pela gestão/administração do seu local de trabalho?".

Gráfico 16: Formação sobre Saúde Mental

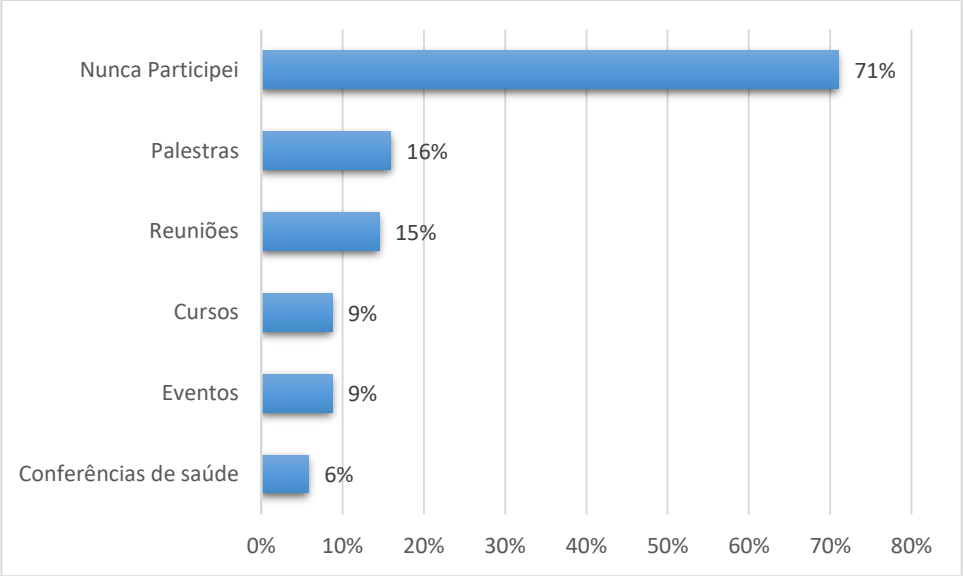


Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Conforme exposto, 54% respondeu que participou de palestras sobre a temática e 52% participou de reuniões. O espaço de matriciamento é, por vezes, um espaço formativo e um "suporte técnico-pedagógico" (Brasil, 2011, p.14), conforme o Guia Prático de Matriciamento aponta. Ele se constitui em um espaço de construção de PTS, atendimentos e intervenções, mas também de compartilhamento de conhecimentos entre os profissionais (Campos; Domitti, 2007).

Em seguida foi também questionado "Você já participou de capacitação e formação sobre População em Situação de Rua oferecidas pela gestão/administração do seu local de trabalho?". As respostas são apresentadas no gráfico a seguir.

Gráfico 17: Formação sobre População em Situação de Rua



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

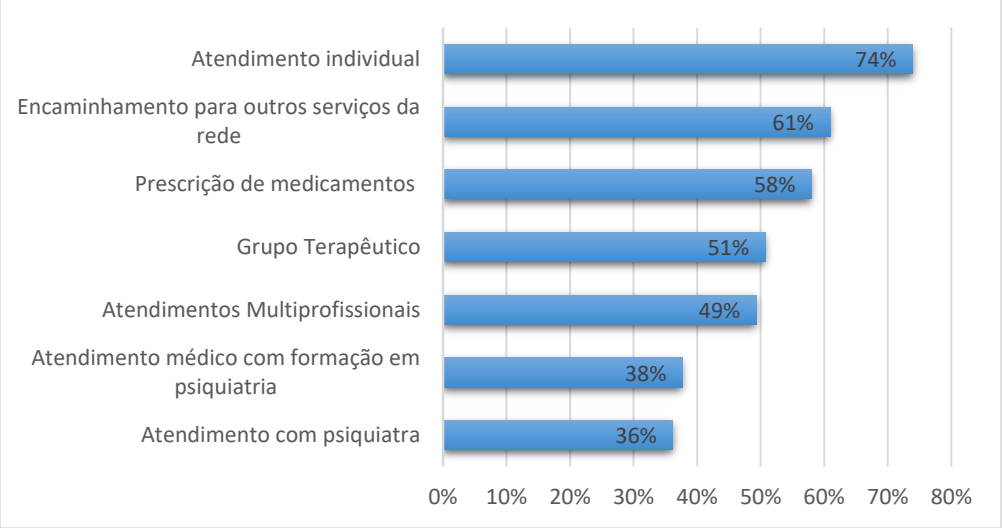
Diferentemente do anterior, a maioria dos trabalhadores (71%) respondeu nunca ter participado de qualquer formação sobre PopRua, criando um alerta e apontando para uma necessidade da rede, pois a PopRua está sendo atendida por esses mesmos trabalhadores que não tem formação ou nunca estiveram diante da temática, com o agravante de haver pouca articulação e discussões de caso dentro de suas próprias equipes.

A partir desses dados, apreende-se que existe uma diversidade de trabalhadores na rede, com equipes que sabem da existência e atende a PopRua em seu dia a dia, no entanto, são equipes que aparentam uma organização baseada no atendimento pontual, individual com pouca construção coletiva do serviço.

5.2 O cuidado em Saúde Mental na RAPS de Franca

Além da forma como é organizado o trabalho, foi perguntado sobre quais são as estratégias de cuidado que os serviços possuem e oferecem. Esse item, ainda é o prisma da dimensão técnica-assistencial (Amarante, 2015), mas se no anterior, o foco foi a organização do trabalho, a relação do trabalhador com o trabalhado, aqui será refletido sobre a relação do trabalhador com o usuário e o território. Foi feito um questionamento aos trabalhadores sobre as principais estratégias de cuidado em saúde mental realizadas no equipamento. Nessa questão, a pessoa poderia selecionar mais de uma resposta. As respostas estão apresentadas com os dois gráficos a seguir.

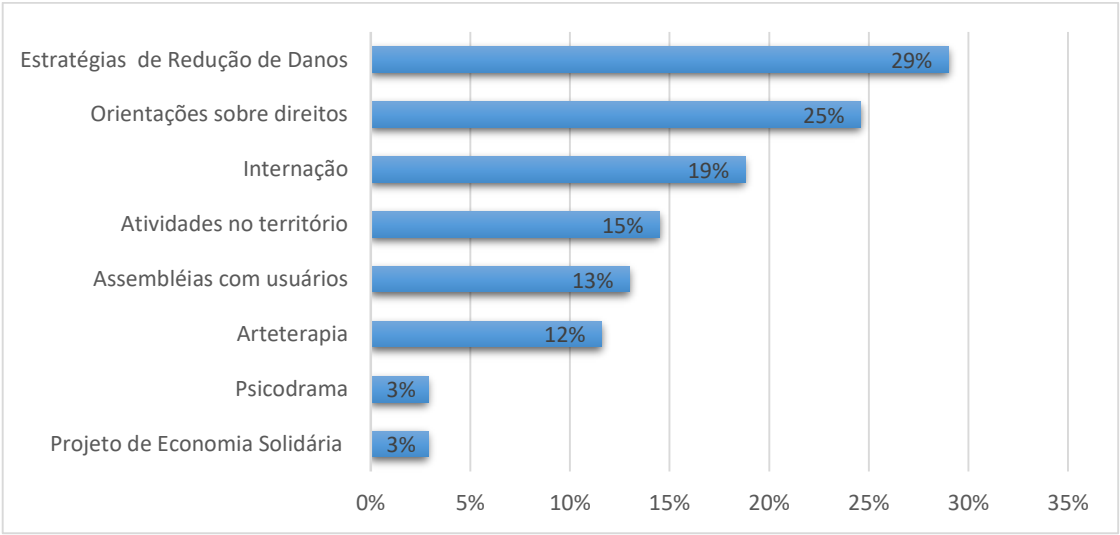
Gráfico 18: As estratégias mais utilizadas no Cuidado em Saúde Mental



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

O gráfico 18 mostra as estratégias mais utilizadas por esses trabalhadores. 74% realiza atendimento individual, 61% respondeu encaminhar para outros serviços da rede, 58% prescrição de medicamentos e 51% grupo terapêutico.

Gráfico 19: As estratégias menos utilizadas no Cuidado em Saúde Mental



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

As estratégias menos utilizadas estão relatadas no gráfico 19. Estão entre elas, redução de danos, atividades no território, assembleias e internações. As estratégias menos utilizadas foram Economia Solidária (3%), psicodrama (3%) e arteterapia (12%).

A política de saúde está organizada em diferentes níveis de complexidade, são as várias atenções dentro das redes. A AB/APS é a porta de entrada do SUS, ela tem o menor nível de complexidade nos atendimentos e tem como objetivo o cuidado longitudianal, com foco na integralidade do cuidado e coordenação dos serviços de saúde (Schlichting et al, 2025). As pessoas acompanhadas nas UBSs e nas ESFs não necessitam de um especialista, pois este é o nível da prevenção e promoção de saúde, que antecipa e minimiza o agravamento de doenças. Na RAPS, não é diferente, conforme a portaria nº 3088 de 2011, a atenção básica

> [...] abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (Brasil, 2011)

No nível secundário entram as pessoas que demandam uma maior complexidade no cuidado, onde possivelmente haverá a necessidade de um especialista, dado que o quadro da doença já está mais agravado. Na RAPS, este nível tem como equipamento de referência, os CAPS que tem na sua definição a atuação com "pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. " (Brasil, 2011)

E, por fim, o nível terciário é composto pelos atendimentos de alta complexidade, demandando tecnologia e equipes de supervisão. Neste último nível entram as internações hospitalares. Na RAPS este nível está mais aproximado das urgências e emergências e leitos de estabilização em hospitais.

No entanto, Lancetti (2016) apontou que na SM, as complexidades se invertem. O procedimento dentro de muros dos hospitais, clínicas e enfermarias de saúde mental seriam procedimentos simples, de baixa complexidade, enquanto o cuidado feito fora, nos territórios, demandariam ações complexas, dado que a pessoa internada e isolada requer menos criatividade e menos cuidados e articulações dos trabalhadores, "A própria vida do paciente cronificado vai tornando-se cada vez mais simples" (2016, p. 108). Nesse mesmo sentido, Martín-Baró (1973) afirmou que os hospitais psiquiátricos não eram lugares de saúde, mas "fábricas de enfermos" (apud Costa, 2023, p.114).

Dessa maneira, trabalhar com saúde mental no território, numa perspectiva da RP e da luta antimanicomial não é um trabalho fácil, porque se está trabalhando com vidas. Enquanto a internação diminui o trabalho, pois apenas controla e limita o potencial de vida, ir trabalhar no

território, é atuar com vidas instáveis e imprevisíveis, bem como permeada de contradições e limitações da realidade material, o que torna tudo muito mais complexo e difícil.

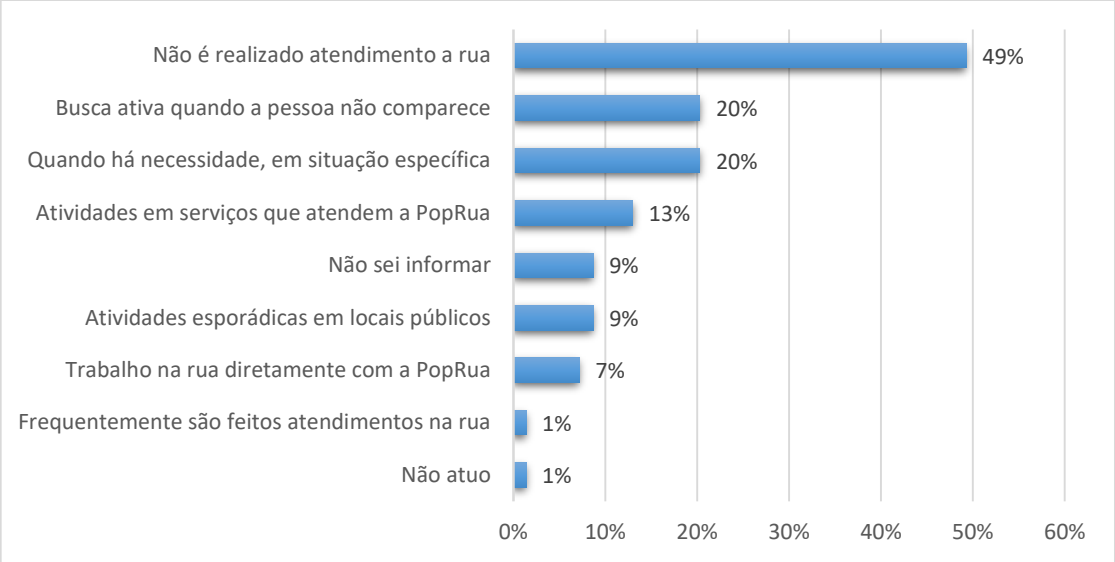
Vale destacar que as estratégias de cuidado mais utilizadas, apontadas pelos trabalhadores, foram as respostas individuais: atendimento individual (74%), encaminhamento (61%) e medicação (58%). A grande maioria, 52% dos trabalhadores que responderam à pesquisa estão na AB, denotando que a SM está sob uma lógica da medicação e da individualidade, do "isolar para tratar" do manicômio, mesmo no primeiro nível de atenção da RAPS. Os dados coletados apontam para um cuidado da saúde mental sob uma conotação privativa, sigilosa, de um cuidado dentro de uma sala em um atendimento ambulatorial, ou então, de uma SM que é jogada e direcionada para a especialidade.

A portaria da RAPS traz no seu artigo 2º algumas diretrizes como: "diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos e ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares" (Brasil, 2011). Pelas respostas dadas, há pouca atuação em RD (29%), pouca atuação nos territórios (15%) e estratégias de participação social, como as assembleias (13%).

A pesquisa evidencia uma atuação da RAPS ainda dentro de instituições, dentro de muros. Havia uma pergunta específica sobre a rua: "você atua no território rua?", onde eram também permitidas mais de uma resposta. 49% dos trabalhadores responderam não realizar atendimentos na rua, 9% respondeu não saber informar e 1% afirmou não atuar. Ou seja, mais da metade (59%) afirmou não ter contato com o território da rua, conforme mostra o gráfico 20, abaixo. Curiosamente, 59% responderem que a PopRua vai aos serviços diariamente. Parece aquele ditado "se a montanha não vai a Maomé, Maomé vai a montanha", pois a PopRua vai até a RAPS. Parece que a RAPS está institucionalizada, 'encapsulada' dentro de si, esperando o usuário/paciente entrar.

Outras práticas foram assinaladas como busca ativa quando a pessoa não comparece (20%), atendimentos na rua em situações específicas (20%) e atividades em serviços que atendem a PopRua (13%).

Gráfico 20: Atuações na Rua



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Desmontar a complexo manicomial não é fácil e não é apenas sobre fechar lugares e talvez mais sobre fazer práticas diferentes. A função das profissões que atuam com saúde mental é, para Basaglia (1985, p. 102), a de "(...) adaptar os indivíduos à aceitação de sua condição de 'objetos de violência'". Os trabalhadores da saúde possuem um respaldo, um "mandato social" da sociedade para garantir o controle daqueles que incomodam a estrutura do capital. Por isso, uma atuação diferente dessa lógica seria uma atuação que se propõe a negar esse lugar de saber técnico e dominante que o trabalhador ocupa.

A relação trabalhador-usuário vem carregada de uma hierarquia onde um sabe e outro é colocado como doente, coisa, objeto e "não-ser" que será trabalhado, manejado ou encaminhado. Para o SPK (2024), o capital fixa um padrão da mercadoria força de trabalho que é explorável e a medicina, sendo possível ampliar para as profissões da saúde, "(...) é a regulação da capacidade de trabalho. A norma do trabalho impregna e determina o juízo do médico com um critério que é mais preciso do que um valor biológico ou fisiológico mensurável" (p.97). A atuação sob uma lógica antimanicomial se torna complexa por ter que abdicar (negar) e/ou questionar alguns saberes ou, pelo menos, tentar ouvir e dar protagonismo para o sujeito.

A construção de um cuidado diferente demanda sair do lugar. Esse ligar pode ser literalmente, sair do local, do serviço que atende ou sair do lugar de saber, de autoridade. "(...) abandonemos nossos papéis para nos arriscarmos pessoalmente" (Basaglia, 1985, p. 117). "A construção coletiva do protagonismo requer a saída da condição de 'usuário-objeto' e a criação

de formas concretas que produzam um ‘usuário-ator’, sujeito político” (Amarante; Torre, 2018, p. 1098).

A RP brasileira atuou e articulou bastante sobre a clínica, sobre os modos de trabalho, mas não levou em conta a função social que a psiquiatria e a saúde mental têm na sociedade capitalista. Os conceitos e os modos de fazer, as histórias na atuação de clínica ampliada, a clínica peripatética (Lancetti, 2016), as tecnologias de cuidado foram importantes, mas é preciso ir além, ir ao encontro do sujeito no seu território. Sem o devido conhecimento da realidade e suas contradições, incorre-se no risco de apenas reformar.

Lancetti (2016, p. 47) há muito já trouxe: “[...] a maioria dos Caps não funciona pensando na cidade e em seus problemas mais candentes, e muito menos se preocupa com a diminuição das internações psiquiátricas, dos suicídios, dos homicídios ou de outras formas de violência”. Fica uma reflexão, olhando para as respostas dessa coleta, de quanto essa atuação ainda individual, medicalizante, não coletiva e com pouca organização em cuidado ampliado está atenta aos processos sociais e históricos do local onde se encontra, do município, do bairro, enfim do território.

Parece que está em processo uma “desospitalização” no município, mas ainda em passos pequenos uma “desisntitucionalização”. Franco Rotelli (2019), psiquiatra que trabalhou ao lado e depois substituiu Franco Basaglia em Trieste, na Itália, teve uma forte influência na RP brasileira. O autor fez uma crítica aos processos de reformas dos Estados Unidos e de outros países europeus apontando o quanto que era só feita uma “desospitalização” nesses locais, pois o fechamento ou diminuição de grandes instituições significou, primeiramente, uma economia financeira. Não por acaso esse é o período de desmonte do Estado de Bem-Estar Social e início do neoliberalismo. Houve uma diminuição do tempo de internação, porém serviços comunitários conviviam com a internação, sem substituí-la, e o sistema de saúde passou a ser organizado como um circuito onde a pessoa passava e tinha uma assistência pontual e fragmentada. Um sistema que alimenta e cronifica o sujeito, não cuida. Desinstitucionalizar vai além, ela diz respeito a um lugar social que a loucura ocupa (Amarante; Torre, 2018; Rotelli, 2019).

> Desisntitucionalizar é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura (Rotelli, 2019, p. 29)

A RP brasileira partiu de uma oposição à lógica manicomial, à clínica médica, medicalizante e propôs uma atenção diferente, a atenção psicossocial. Modelo esse que pode estar cada vez mais institucionalizado e se tornando um novo produto, uma nova forma de institucionalizar, como no modelo estadunidense.

Basaglia (1985), na sua experiência em Gorizia, onde iniciou uma Comunidade Terapêutica (aos moldes da proposta de Maxwell Jones) dentro do hospital psiquiátrico, documentou, junto com a equipe, toda a experiência na publicação "A Instituição Negada". O autor conta que a Comunidade Terapêutica (CT) após o momento de clandestinidade e de estranhamento, foi "descoberta como se descobre um novo produto" (1985, p.130) e todos os envolvidos, incluindo equipe, perceberam a "prisão sem grades" na forma como a sociedade está organizada. A violência do manicômio é parte de uma violência anterior, própria da divisão de classes do modo de produção capitalista. Nesse sentido, criar serviços, criar uma atenção mais humanizada, mas sem entender as violências anteriores, sem entender os papéis dessas instituições e saberes na sociedade do capital, acaba por mudar somente os nomes, mas não as práticas.

Ainda, talvez, se faça necessário descoisificar e negar o papel de controle. Passos (2023) propôs uma clínica da delicadeza, uma prática que não reproduza violências, que seja uma clínica que modifique "dialeticamente o operador e o agente do cuidado" (2023, p.122). A autora sinalizou que é preciso olhar para as experiências coletivas dos territórios e dos movimentos sociais. "Diferente do manicômio, que destrói rapidamente as singularidades, o território permite potencializar as possibilidades e adversidades no mesmo nível" (2023, p. 124). Tem muita ferida e destruição no território, mas tem muita produção de vida também. Ao se pensar a rua é preciso lembrar disso, ela não é somente privações e vulnerabilidades, ela acaba por ser o lugar que acolhe os excluídos da sociedade, acolhe a todos.

Em consonância, Costa (2024) propõe a desprivatização da saúde mental, o cuidado deve ser coletivo e produzir vida e não ser centrado na doença. Para isso, é necessário que o Estado seja cobrado sobre o fortalecimento da RAPS, mas não somente a partir da saúde. A RAPS será fortalecida a partir de outras mobilizações "(...) por instituições, políticas e ações de esporte, lazer, cultura, educação crítica e socialmente referenciada, de fomento à socialização mais humanizada, à potencialização dos laços" (2024, p.65). A saúde mental precisa sair desse lugar privativo da saúde, da saúde mental para se desinstitucionalizar e ser antimanicomial, de fato.

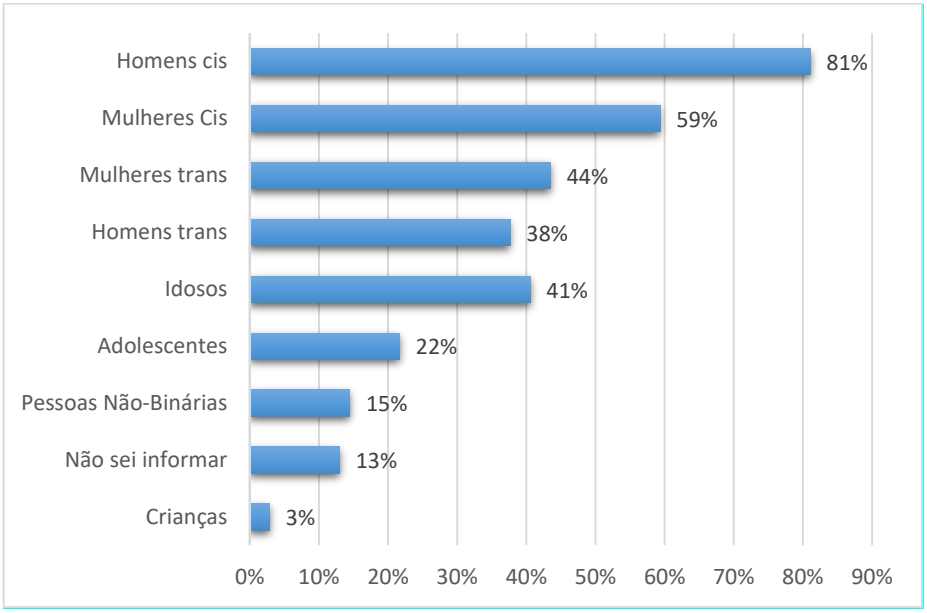
5.3 A PopRua bateu na porta, como ela é recebida?

A RAPS está institucionalizada dentro de alguns muros, como foi percebido anteriormente. Mas quando a PopRua chega na RAPS, como é recebida e percebida? Como ela acessa o cuidado em saúde mental nessa rede? Primeiramente foi analisada a relação trabalhador-trabalho, depois trabalhador-usuário/território e agora, especificamente, a relação trabalhador-PopRua.

Foram realizadas algumas questões sobre a percepção dos trabalhadores sobre essa população atendida, dados sobre idade, gênero e raça/cor. Foi escolhido não colocar faixas etárias precisas por procurar analisar o que está sendo percebido nos serviços. Nesta pergunta o participante poderia selecionar mais de uma resposta.

Conforme o gráfico a seguir, 81% respondeu que a PopRua que está no seu serviço é composta por homens cis. Percepção que está em consonância com os levantamentos de dados nacionais e municipais, a PopRua é uma população majoritariamente masculina. Lembrando que, conforme os dados do CadÚnico de 2025, 86% da PopRua de Franca é identificada com o sexo masculino.

Gráfico 21: Quem é a PopRua que frequenta os serviços de Franca



Fonte: elaborado pela autora.

Chama a atenção que a porcentagem de mulheres cis muda um pouco. Tanto no cenário nacional, como municipal, o percentual de mulheres em situação e rua fica em torno de 14% e

16%. No gráfico 21, 59% dos respondentes apontaram que mulheres cis são atendidas em seus serviços. Na pesquisa da Secretaria de Ação Social de 2023, o percentual de mulheres também se mostrou um pouco maior com 23,1%. Esse dado, talvez sugira que as mulheres procuram mais os serviços disponíveis nas políticas sociais.

A ida das mulheres para a rua tem determinações um pouco diferentes das do homem, e isso se dá em função das diferenças históricas de gênero. Pressão social, esgotamento físico e mental e fuga das violências sofridas podem ser fatores que levam a mulher para a rua (Silva; Santos; Sarreta, 2024). Da mesma forma, é um processo gradativo de rompimento de vínculos e laços sociais. Uma diferença importante é que a mulher na rua continuará sofrendo violências do próprio contexto da rua, mas também violências em seus corpos. Entre as formas de sobrevivência nas ruas, é comum mulheres manterem relações de submissão e de agressão física verbal com alguns companheiros, também é uma estratégia, a de utilização roupas masculinas como proteção (Santos, 2024). É possível que a mulher, por estar em maior vulnerabilidade nas ruas procure mais os serviços e o faça por conta da própria cultura de papéis de gênero onde a mulher assume esse lugar de cuidadora de si e do outro e por estar mais vulnerabilizada e violentada que o homem.

Também se levanta uma reflexão de que o próprio trabalhador, atravessado pela divisão de gênero e cultura patriarcal, olhará mais para a mulher em situação de rua, como forma de perceber todo o contexto e também como se ela não pudesse estar ali, como se fosse uma falta moral grave.

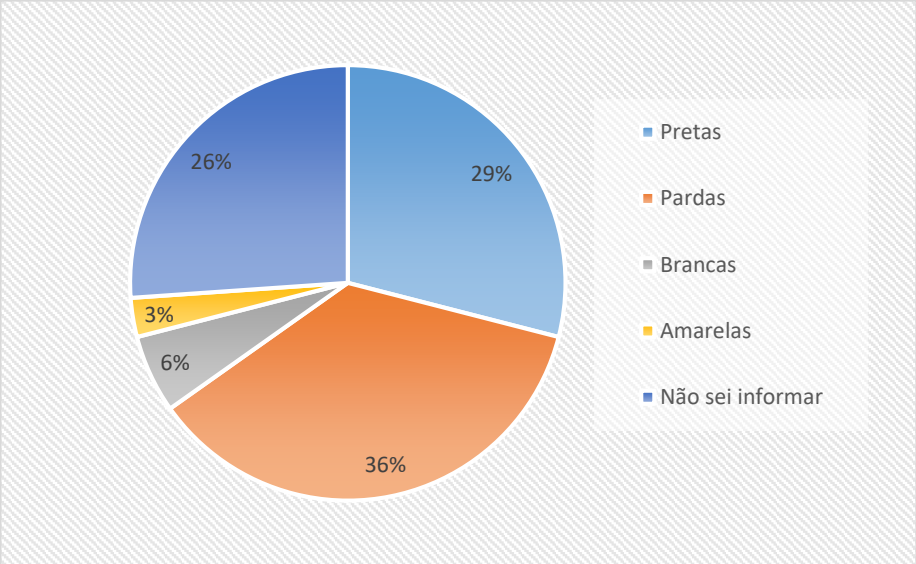
> No caso de mulheres em situação de rua usuárias de crack, as possíveis faltas de cuidado e controle parecem ferir de modo mais incisivo as expectativas morais e sociais sobre essas sujeitas. Ser mulher deveria, afinal, pressupor disposição para o cuidado não apenas de si, mas do outro; um comportamento moderado, sem excessos; uma organização da vida que proporcione estabilidade afetiva, como o de uma mãe que mantém limpa e em ordem uma casa (Leal; Calderon, 2017, p. 132)

A rua é um lugar de vulnerabilidades e instabilidades, porém, parece que alguns crivos em relação as mulheres passam pela moralidade também. Além dos estigmas associados a PopRua, essas mulheres carregam consigo mais alguns que são anteriores à rua, pertencentes da condição de ser mulher, “mãesposa, freira, puta, presidiária e louca” (Leal; Calderon, 2017, p. 133), por isso, ações como retirada de filhos, maior controle na gestação e métodos anticoncepcionais ainda são, muitas vezes, o único olhar dado as mulheres, negligenciando violências e outras necessidades de diversas ordens (Santos, 2024).

Os trabalhadores também apontaram mulheres trans (44%) e homens trans (38%) dando certa visibilidade para esta população. Não dá para saber, ao certo, quantas pessoas trans e em situação de rua são atendidas, mas uma porcentagem razoável de trabalhadores, ao menos, apontou que já atenderam essa população no local.

A percepção sobre raça/cor foi separada das demais características para se dar o devido destaque para a cor da PopRua e para tentar perceber processos de racismos institucionais. Conforme o gráfico abaixo, apenas 6% apontou que a PopRua atendida é branca, 29% respondeu preta e 36% pardas. Somando pretas e pardas, 65% responderam que a PopRua atendida é composta por pessoas negras. No entanto, 26% dos trabalhadores responderam não saber informar a cor a PopRua atendida.

Gráfico 22: Quem é a PopRua que frequenta os serviços, quanto a raça/cor



Fonte: elaborado pela autora.

Com este dado, se faz importante levantar duas reflexões, a primeira sobre o quanto os trabalhadores não estão preparados e faltam dados sobre o quesito raça/cor na saúde; e a segunda, sobre o racismo na saúde e que, no fim, são formas de olhar para um mesmo aspecto, o racismo.

Em seu artigo, Sousa e Sarreta (2025) contam o quanto o movimento negro foi e é importante para o entendimento e criação de políticas de saúde para a população negra. As autoras trazem alguns dados do MS de 2023, como o aumento da mortalidade materna de mulheres negras, na década de 2010 a 2020, taxas de imunização baixas e todos índices de saúde piores na população negra.

David (2023) aponta a desigualdade nas taxas de internação e de mortalidade por uso de álcool e outras drogas, dados de 2016. A taxa de mortalidade por uso apenas de álcool em pessoas brancas era de 2,69 a cada 100 mil habitantes, enquanto que a mortalidade de pessoas pretas era de 5,93 e de pessoas pardas, de 3,89 a cada 100 mil habitantes. Sobre os dados de internação por uso de outras drogas, excluindo o álcool, o percentual de brancos internados é de 2,4 e o de negros (somando pretos e pardos) é de 3,7 (David, 2023).

Quando se fala de racismo, fala-se de diferenças valorativas embasadas no critério da cor, onde as pessoas não brancas foram diferenciadas das classes dominantes brancas europeias que colonizaram o mundo.

> Nas sociedades de classes multirraciais e racistas como o Brasil, a raça exerce funções simbólicas (valorativas e estratificadoras). A categoria racial possibilita a distribuição dos indivíduos em diferentes posições na estrutura de classe, conforme pertençam ou estejam mais próximos dos padrões raciais de classe/raça dominante (Souza, 1983, p. 20)

Desde 2017, pela Portaria nº 344, de 1º de fevereiro de 2017, é obrigatório o preenchimento do quesito raça/cor na saúde, respeitando o critério de autodeclaração do usuário da saúde. No entanto, entre 2020 e 2023, por exemplo, apenas 7,8 milhões (7,3%) dos registros do calendário de vacinas tiveram o quesito informado. "O racismo institucional manifesta-se como uma das formas pelas quais o Estado brasileiro, por meio de suas instituições sociais, concretiza ações, omissões e negligências direcionadas a grupos historicamente e socialmente racializados" (Sousa; Sarreta, 2025, p. 2539). Um quarto dos trabalhadores que responderam à pesquisa responderam "não saber informar", deixando evidente o quanto ainda não há uma coleta de dados, uma atenção para o quesito raça/cor na saúde.

41% da PopRua de Franca se declara branca, conforme dados do Cadastro único de 2025. Esse percentual se mostra alto comparativamente aos dados nacionais o que leva à reflexão sobre, por qual motivo 65% dos trabalhadores responderam que a PopRua é negra? Esse dado lembrou o episódio narrado no artigo de Santos, Sarreta e Guilherme de 2023, onde os autores contaram um episódio sobre a abordagem de uma pessoa em situação de rua.

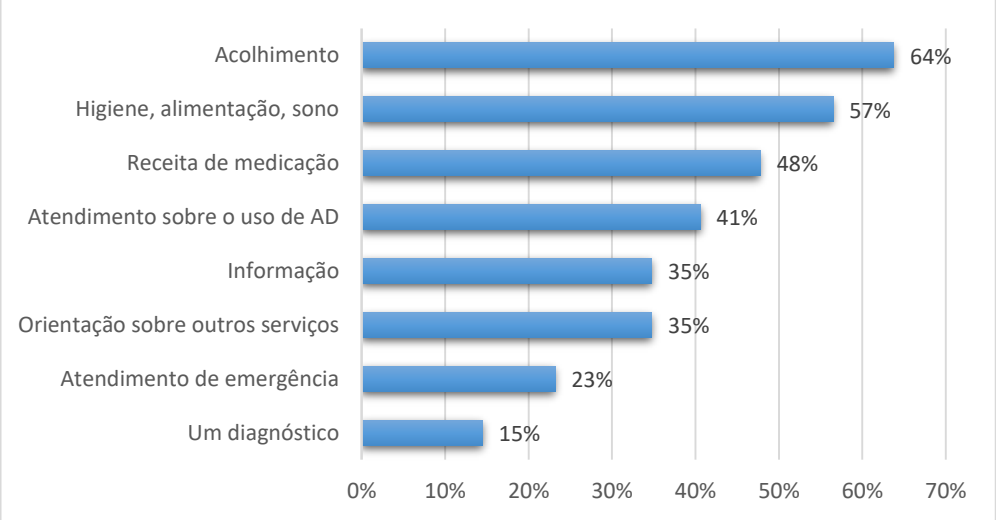
> A exemplo de um episódio ocorrido em um dia corriqueiro de atendimentos na rua, quando uma colega de equipe, mulher branca, ao se deparar com um usuário também branco, se choca e expõe à equipe a sua surpresa: *'Vocês viram que homem bonito, parece um modelo, nem parece que é morador de rua!'*. Essa frase disparou reflexões importantes e provocou uma série de questionamentos: O que ela quis dizer com *'homem bonito'*? Ou lhe teria causado espanto a presença de um corpo branco na condição de moradia de rua? Ora, se ele não se parecia com um '*morador de rua'*, como '*deveria'* ser a aparência de uma pessoa nessa situação? (2023, p. 3)

Todos esses dados podem traduzir que, aparentemente, as pessoas negras são mais aceitas e colocadas em posições de pobreza e vulnerabilidades. Os dados mencionados exemplificam a desigualdade nos níveis de saúde da população negra, mas o principal aspecto aqui abordado é de que, tendo como critério apenas a percepção do trabalhador, as pessoas negras parecem ser colocadas e normalizadas na situação de rua. A PopRua é aceita e vista como "negra".

David (2023) conta que a população negra é historicamente associada, na cultura brasileira, a imagem de loucura, remetendo ao "criolo doido" e a "nega maluca". Oras, a outra imagem historicamente associada é a do "preguiçoso", "malandro", "vadio". Muito "(...) do pensamento eugênico ainda impregna a formação na área da saúde, contribuindo na representação social dos profissionais sobre o louco e a loucura" (Silva et al, 2017, p. 102 apud David, 2023, p.35) e sobre as populações mais pobres, bem como a PopRua. Nesse sentido, parece que a PopRua é vista como negra mesmo quando ela não se autodeclara como tal.

Também foi realizada uma pergunta sobre o que, na percepção do trabalhador, a PopRua busca quando vai ao serviço, conforme exposto no gráfico 23. 64% dos trabalhadores responderam a procura por um acolhimento; 57%, necessidades sobre higiene, alimentação e sono e 48% respondeu a procura por uma receita de medicação.

Gráfico 23: O que a PopRua procura na RAPS?

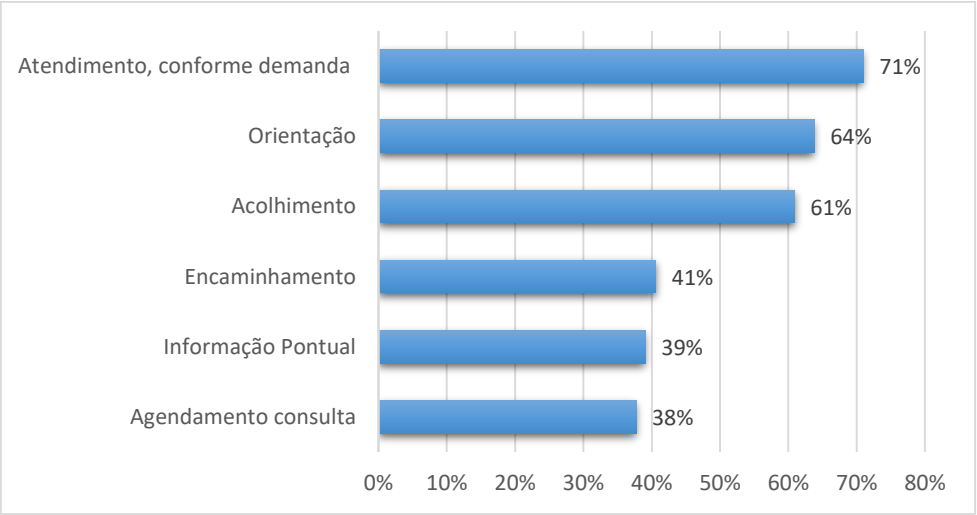


Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Antes de debater o dado, o próximo gráfico expõe o que é realizado com a PopRua nos serviços. Se no anterior está colocado o que as pessoas procuram, o abaixo expõe o que é

oferecido. 71% respondeu “atender, conforme a demanda”. 64% respondeu fazer alguma orientação e 61% acolhimento.

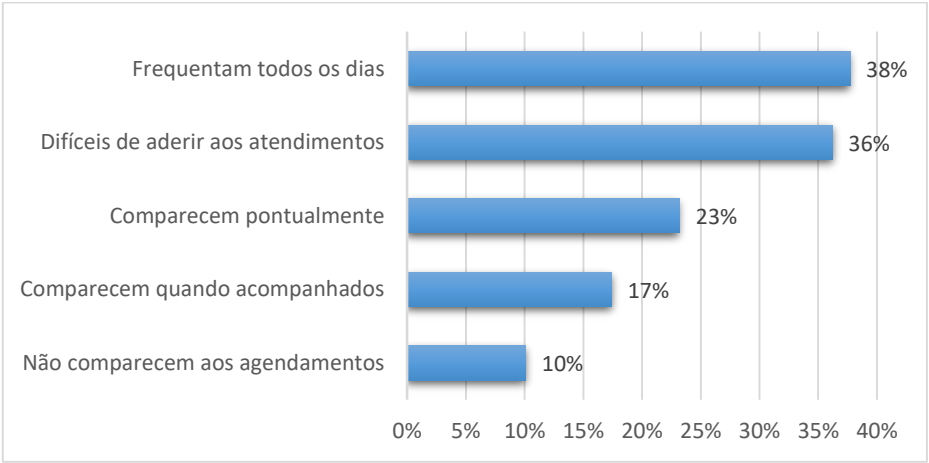
Gráfico 24: A PopRua chegou, o que é feito?



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Mais um dado. Foi realizada a pergunta “No seu local de trabalho, a PopRua” com respostas que versavam sobre frequência e comparecimento no devido equipamento, como uma tentativa de apreender percepções e preconceitos em relação a PopRua. O gráfico 25, a seguir, expõe os dados.

Gráfico 25: A PopRua no local



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

38% dos respondentes apontaram que a PopRua frequenta todos os dias o que se contrapõe ao dado que 59% dos trabalhadores afirmaram atenderem diariamente uma pessoa em situação de rua (gráfico 11). 36% respondeu que a PopRua é difícil de aderir aos atendimentos e 23% que ela comparece pontualmente.

O "acolhimento" apareceu tanto no que é oferecido, como no que é procurado (gráficos 23 e 24). O vínculo é um importante aliado na produção de saúde, no cuidado com a PopRua. Desde que a política de saúde se apropriou e começou a olhar para as pessoas que vivem nas ruas, é apontado o vínculo como uma importante estratégia de humanizar o outro, mas o vínculo exige permanência e perseverança (Brasil, 2012). A produção de vínculo e acolhimento são norteadores importantes para o estabelecimento de confiança, construção de relação, dar visibilidade para a pessoa que está ali enquanto pessoa, e também, se constitui como uma importante ferramenta para facilitar o acesso da PopRua na RAPS (Hallais; Barros, 2015; Wijk; Mângia, 2019; Fraga et al, 2025).

O vínculo/acolhimento pode ser um cuidado que vê a pessoa como sujeito e não como objeto, sendo uma forma de cuidado que tem como norte a autonomia e a emancipação daquela pessoa, o vínculo que não passe pelo prisma da caridade e sim da humanização. No entanto, há dissonâncias entre o que é falado que se faz e o que é feito de fato. Wijk e Mângia (2019) verificaram essa dissonância entre os objetivos dos serviços para a PopRua e o que é feito, constatando que muitas vezes os serviços passam a desenvolver práticas assistencialistas e que impõe seus próprios valores e técnicas.

O gráfico 25 aponta para isso, quase a mesma quantidade de trabalhadores que respondeu que a PopRua frequenta todos os dias, falou também que "são difíceis de aderir". Aderir, no dicionário remete a algo que cola, que se prende ou que se une a uma causa ou um partido. Uma vez uma militante do MNPR falou em um encontro de Consultórios na Rua, em 2024, sobre ela não ser "*frigideira*" para ser cobrada de aderir ou não aderir. Conforme as respostas, interessante perceber que a PopRua chega no serviço de saúde é atendida, acolhida, orientada e encaminhada, mas será que é feito vínculo de fato?

Criar vínculo demanda convivência, tempo e não esperar que outro venha e fique, porque para ficar existem muitos outros condicionantes e determinações. A criação de vínculo não é algo menor que um procedimento técnico, pelo contrário é o trabalho mais elaborado de uma equipe de saúde. E, quando se leva em conta a complexidade da vivência na rua, o vínculo demanda maior preparação, sensibilidade e comunicação entre os trabalhadores (Schlichting et al, 2025) o que se torna um desafio para as equipes de saúde.

Domiciano Siqueira, militante histórico da Redução de Danos, uma vez falou em entrevista ao Lancetti (2016) que o “postinho de saúde não é para as pessoas miseráveis” (p. 57). O posto de saúde vem com regras de funcionamento e de horário que seleciona quem fica e quem não fica, “(...) o posto de saúde é para quem tem o mínimo de desejo de ter saúde, que se sujeita a horários predeterminados, que se sujeita a regras básicas de higiene (...)” (2016, p.56). Os serviços de saúde não estão organizados para receber pessoas que vivem nas ruas e por isso, quando a PopRua os acessa, ela pode não ser vista na sua integralidade e nas suas necessidades específicas o que pode levar a um atendimento apenas pontual (Schlichting, et al, 2025), sem o devido entendimento sobre todas as determinações sociais que envolvem a vida nas ruas.

Em uma revisão bibliográfica sobre barreiras e facilitadores de acesso da PopRua à RAPS (Fraga et al, 2025), foi apontada justamente a rigidez dos serviços como uma barreira de acesso. O modo de vida da PopRua é desconsiderado pelos serviços: é uma população que a maioria faz uso de álcool e drogas; que não tem uma rotina diária, não tem relógio, não tem calendário; e que é dependente de outras ofertas como de higiene, alimentação e abrigo, inclusive, necessidades procuradas pela PopRua na RAPS, que são oferecidos por outros locais, também rígidos (Fraga et al, 2025). Abrigos costumam colocar horário de entrada, de saída e disputas de vagas, por exemplo.

Se manter em um local que demanda um atendimento específico com hora marcada não é tarefa simples, considerando o contexto da rua e claro que torna difícil, a adesão. Esse modo só mostra uma lógica institucional e centrada na estrutura física (Fraga et al, 2025) de que o sujeito é quem tem que se adaptar ao local, e não o contrário. Como dito no item anterior, ainda é preciso sair do lugar, da instituição.

No gráfico 23, 48% dos trabalhadores responderam que a PopRua procura uma medicação na RAPS. A PopRua procura medicamento, no entanto a prescrição foi a terceira estratégia de cuidado em SM apontada (gráfico 18), depois de atendimento individual e encaminhamento para outros serviços. A procura pode acontecer, mas a oferta de medicamento como cuidado também existe, sendo uma relação praticamente de oferta e procura. Conforme Fraga et al (2025), a possibilidade de ofertar medicações sem a obrigatoriedade de documentação pelas equipes de Consultório na Rua, inclusive, se mostra como um facilitador de acesso da PopRua ao SUS.

O debate acerca da medicalização do sofrimento é mais amplo e do todo social, não somente das pessoas que vivem nas ruas, pois ele passa pela centralidade do tratamento em

saúde mental na contenção. Se antes havia contenção física, através de um aparato institucional com muros e grades, os manicômios, hoje há uma contenção diferente, baseada na prescrição de medicamentos. Conforme Costa (2023), os processos de psicopatologização e medicalização da vida não são mais identificados e ou pertencentes apenas as instituições de violência, eles foram desenvolvidos, neste momento do capital, a ponto de não serem mais compreendidos como formas de violência, são mecanismos *soft* de controle que possuem uma roupagem mais inclusiva e tolerante, mas que não deixam de ser violentos e alienantes.

A medicação favorece a manutenção da pessoa trabalhando, da pessoa não dando trabalho para a sociedade, tendo o importante papel de docilizar e pacificar as pessoas. Se o cuidado em saúde mental é tão restrito a lugares, horários e toda a rigidez da rede de saúde, o medicamento acaba se tornando uma saída rápida de contenção com um entendimento de "cuidado", seja do ponto de vista da saúde, mas também da pessoa atendida que enfrenta inúmeras barreiras de acesso. A RAPS de Franca parece estar centrada na noção individual de SM, bem como de medicação-doença.

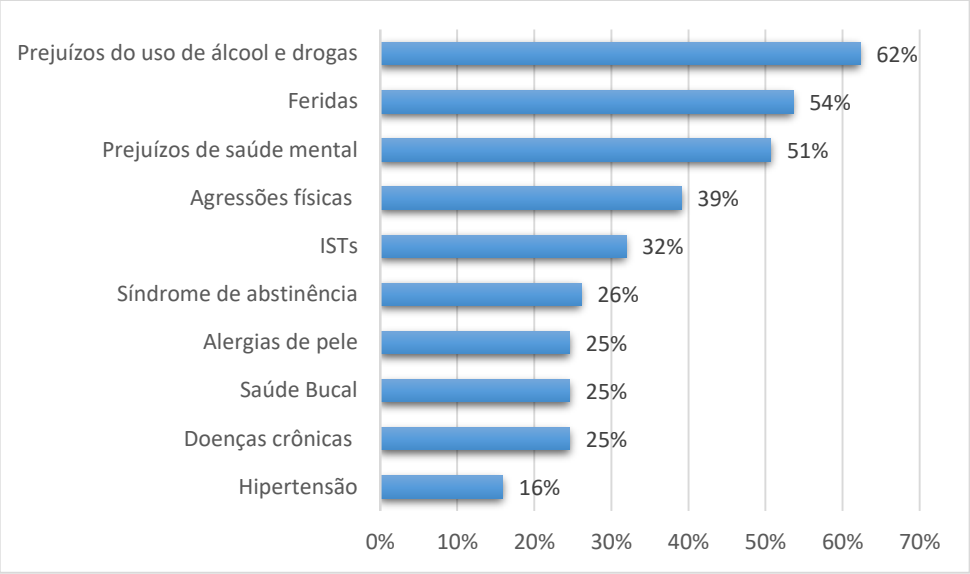
A PopRua tem como território a rua de modo que ela desafia e radicaliza a noção de cuidado no território, cuidado em liberdade. Ela não tem endereço, muros ou horários e dias estabelecidos. Ela tem uma instabilidade própria da rua, bem como seus próprios modos de vida, é preciso "sair do lugar" ainda mais para encontrar a PopRua.

5.3.1 Outro destaque: uso de álcool e drogas e a rua

A partir dos dados coletados, é preciso um destaque sobre a percepção dos trabalhadores sobre uso de álcool e drogas e a PopRua. Esse item fica em destaque porque o uso de álcool e drogas é usado como motivador e justificativa para propostas de internações compulsórias e práticas higienistas com a PopRua. Sendo a temática em que a lógica manicomial mais se fortaleceu na atualidade e que mais desafia a RAPS e o cuidado em liberdade. Para discussão desse dado, serão apresentados três gráficos extraídos das respostas que versam e se aproximam da temática.

Os trabalhadores foram questionados "Quais os principais problemas de saúde referidos pelas Pessoas em Situação de Rua quando procuram o seu local de trabalho?", onde podiam selecionar até 5 itens. O gráfico abaixo expõe as principais respostas. As três respostas mais apontadas foram: prejuízos decorrentes do uso de álcool e drogas (62%), feridas (54%) e prejuízos de saúde mental (51%).

Gráfico 26: Principais problemas de saúde da PopRua

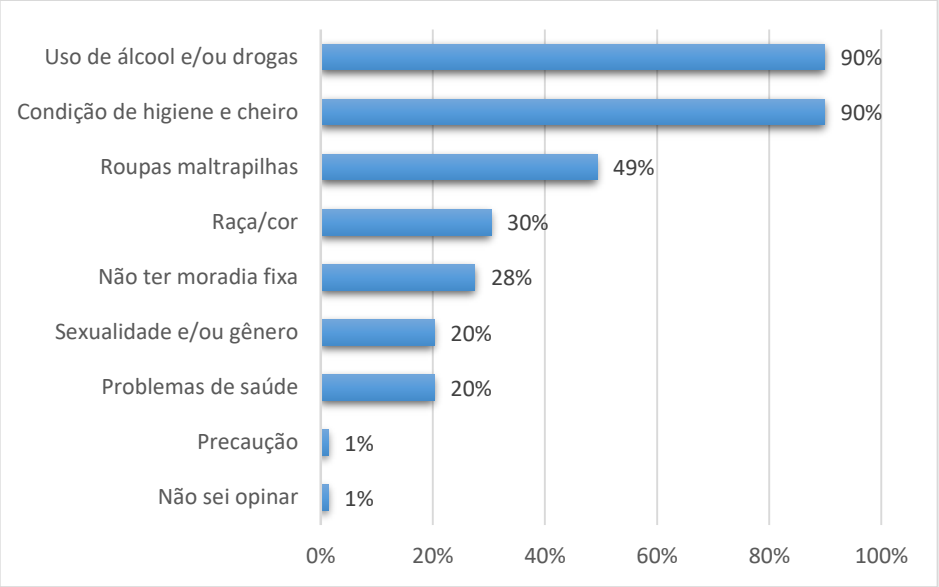


Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

A partir do trabalho de Fraga et al (2025), a primeira barreira de acesso aos serviços da RAPS é a discriminação que a PopRua sofre fundada em estigmas, principalmente, relacionados ao uso de álcool e outras drogas, à pobreza, condições precárias de higiene e questão racial. O processo de estigmatização implica em uma redução da identidade do sujeito a uma situação ou posição de descrédito que justifica uma exclusão social (Fraga et al, 2025). A partir do gráfico 26, parece que a primeira coisa que chega nos serviços de saúde é o uso de álcool e drogas.

Os trabalhadores, ao serem perguntados “Na sua opinião, as pessoas em situação de rua sofrem preconceito devido a que?” responderam, na imensa maioria, sobre o uso de álcool e drogas e as condições de higiene. Conforme o gráfico abaixo, 90% dos trabalhadores apontaram que a PopRua sofre preconceito devido ao uso e álcool e/ou drogas e também 90% apontaram o preconceito sobre as condições de higiene e cheiro.

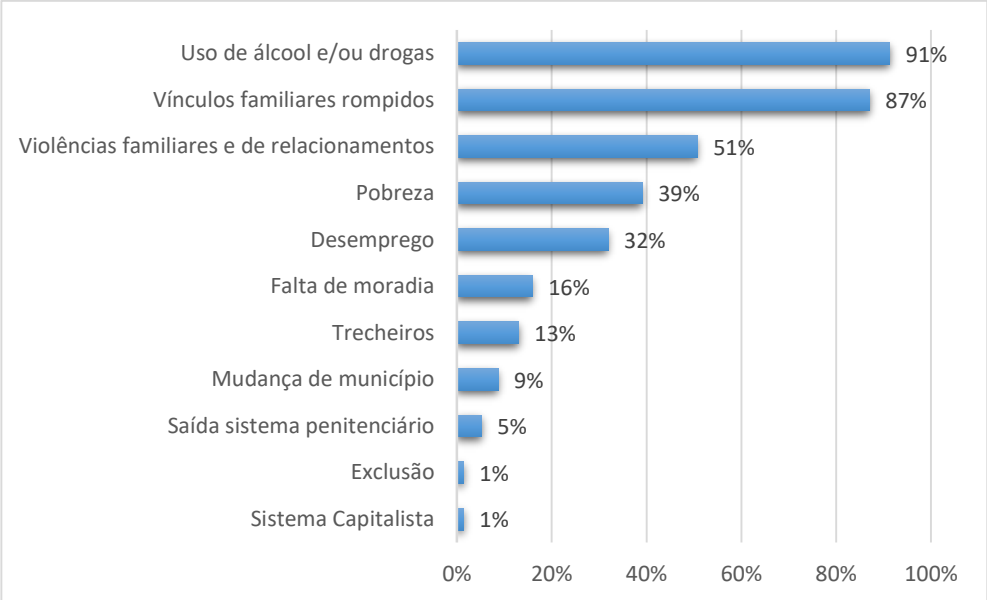
Gráfico 27: Os preconceitos que a PopRua sofre



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Esses mesmos trabalhadores, ao serem perguntados, sobre o que leva as pessoas para a situação de rua responderam justamente, o uso de álcool e/ou drogas aparece como primeiro fator com 91% das respostas. 87% dos respondentes apontaram os vínculos familiares rompidos como um fator que leva à situação de rua.

Gráfico 28: O que leva as pessoas à situação de rua



Fonte: Gráfico elaborado pela autora.

Hallais e Barros (2015) contam sobre as visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidades da PopRua. A PopRua é uma população historicamente invisibilizada, pois não havia política pública direcionada e não havia nomenclaturas para as pessoas que estavam na rua. Estas pessoas estão na margem da sociedade, compondo grande parte do exército industrial de reserva do capitalismo e ocupando profissões que ninguém quer, como por exemplo, o trabalho com lixo, materiais reciclados.

No entanto ela não é tão invisível assim, ela tem algumas visibilidades, como a de ser considerada um grande problema urbano (Hallais; Barros, 2015) que incomoda e que é relegada a posições históricas estigmatizantes do ‘vadio’, ‘perigoso’ e ‘louco’. Com o surgimento do crack, houve um alvoroço, fundamentado na ideia de que essa era a pior droga de todos os tempos, que contribuiu para mais um estigma que PopRua ocuparia e seria visível, a posição de ‘drogada’ e/ou ‘nóia’.

A “epidemia de crack” junto com a “guerra as drogas” criou um novo inimigo que deveria ser combatido através de violência estatal e terror moral, bem como de políticas de internação compulsórias, baseadas tão somente no higienismo, como formas de controle da população e criminalização da pobreza (Paiva; Guimarães, 2022; Mendes, 2018). Esse inimigo tem um estereótipo bem estabelecido: pobre, negro, jovem e do sexo masculino (Mendes, 2018). O fenômeno do consumo de álcool e drogas (AD) é complexo e muitas das pesquisas apenas de cunho biológico e epidemiológico acabam sendo atravessadas por uma perspectiva moralizante e que dialoga com uma política probicionista, limitando o fenômeno a algo que deve ser controlado, disciplinado e proibido (Santos; Melo; Gaspardo, 2020).

O fenômeno do uso de AD, reduzido a uma proibição moral, só joga uma fumaça na verdadeira realidade, favorecendo a

> [...] homogeneização de uma comunidade que é extremamente heterogênea, o que dificulta o desenvolvimento de políticas públicas que atendam às reais necessidades específicas dessas pessoas, além de retroalimentar os preconceitos da sociedade em geral, as ações truculentas das polícias, assim como as ações higienistas, marginalizando e limitando as relações sociais da população de rua. (Santos; Melo; Gasparto, 2020, p. 66)

E assim o uso de AD acaba por ser colocado como o culpado de todos os males sociais que são muito anteriores sendo usado como justificativa de segregações. “Os miseráveis, os pobres, os favelados, esse grupo de pessoas, que é enorme e que está na periferia das cidades ou na periferia da alma da gente, não tem o que vender e não tem como comprar nada, então a sociedade não é para eles, e por isso eles estão fora” (Siqueira, 2016, p. 58).

A partir de 2010 com Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e no ano seguinte com o programa “Crack é possível vencer” que o discurso anti-droga, aliado a limpeza urbana se fortaleceu no contexto brasileiro (Mendes, 2018). Esse ponto na história dificultou que a PopRua fosse enxergada como uma pessoa na multiplicidade de determinações que qualquer vida possui, inclusive parece que pela própria RP. A droga passou e passa na frente quando se fala de rua. O “grande centro da questão social brasileira contemporânea” (Rui, 2013, p. 288 apud Mendes, 2018, p. 74) passou a ser os espaços de uso, como a “cracolândia”.

> A partir de uma lógica proibicionista, a pessoa que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas, é reconhecida como doente ou criminosa. Esse estigma dificulta que seja enxergado o sujeito para além da droga e seja constituído com ele formas de agência para esse uso. (Fraga et al, 2025, p. 5)

Em abril de 2023, ocorreu uma audiência pública na Câmara Municipal de Franca que tinha como tema “Moradores em Situação de Rua”. A audiência pode ser vista no *Youtube* e na análise do trabalho de Galvão (2024). Havia nessa audiência, pessoas em situação rua, trabalhadores dos serviços e moradores das imediações do Centro-Pop. A principal queixa dos moradores era de que se retirasse o serviço da localidade, pois a PopRua estava incomodando. Um deles fez o seguinte discurso após uma fala de uma pessoa que teve trajetória de rua.

> O problema é que morador de rua está sendo descriminalizado. A gente tem que ter mais testemunhos como esses de “reinserção social”. Nossos projetos públicos têm que pegar essa pessoa em estado de vulnerabilidade na rua e voltar ele (sic) dentro da sociedade como uma pessoa de bem [...] mas a gente tem que fazer a divisão, por exemplo, de um morador de rua que foi reinserido, que ele tá em estado de vulnerabilidade, ele não tem moradia, mas ele não é dependente químico [...] tem que ter um projeto com as empresas para dar um emprego para reinserir esse indivíduo na sociedade [...] (José Carlos Miranda, 2023 apud Galvão, 2024, p. 40).

A fala desse morador traz à tona uma separação entre uma pessoa vista como vítima e que tem que ser reinserida na sociedade e a outra que é criminalizada e que o problema é a “descriminalização”. Essa outra é justamente o usuário de álcool e drogas, o “dependente químico”. A fala reproduz a noção de que o problema é a droga e não a situação de rua em si, como se as pessoas que tem suas casas/moradias não fizessem uso de álcool e drogas e não tivessem problemas decorrentes deles. É como se houvesse uma divisão, que passa pela divisão de classes e de cor, entre quem pode fazer uso de drogas e quem não pode (Mendes, 2018).

O uso de drogas existe na sociedade desde os primórdios, mas ele tomou contornos diferentes a partir do modo de produção capitalista. O próprio período colonial foi marcado por uma extirpação de muitos produtos das culturas indígenas locais, não havendo distinção entre

alimento e droga. Eram comercializados, por exemplo, o açúcar, aguardente e tabaco (Carneiro, 2005; Pereira, 2016). Engels (2010) fez algumas reflexões sobre o uso álcool pela classe trabalhadora inglesa que era resultado da falta de áreas de lazer, condições precárias de trabalho, habitação e tornavam as chamadas tabernas, os locais de socialização (Pereira, 2016; Galvão, 2024).

> A aguardente é para eles a única fonte de prazer e tudo concorre para que a tenham à mão. O trabalhador retorna à casa fatigado e exausto; encontra uma habitação sem nenhuma comodidade, úmida, desagradável e suja; tem a urgente necessidade de distrair-se; precisa de *qualquer coisa* que faça seu trabalho valer a pena, que torne suportável a perspectiva do amargo dia seguinte [...] Seu corpo enfraquecido pela atmosfera insalubre e pela má alimentação requer imperiosamente um estimulante externo; a necessidade de companhia só pode ser satisfeita numa taberna, porque não há nenhum outro lugar para encontrar os amigos. (Engels, 2010, p.142)

Na Pesquisa Nacional sobre o uso de crack de 2014, foi levantado aspectos junto aos entrevistados da época sobre o acesso aos serviços de saúde. A grande maioria apontou a importância de que os serviços de saúde fornecessem um suporte básico garantindo sobrevivência e dignidade, com cuidados acerca de higiene, alimentação, emprego, escola, maior acesso a lazer e serviços socais básico (Brasil, 2014) o que dialoga com Engels que já apontava sobre a falta de outros acessos e opções. O uso de AD acaba por entrar nessa falta de condições materiais como a única forma de anestesia e/ou estimulante de vida.

A Rua escancara as condições de vida mais precárias, pois não tem onde esconder, ela escancara a questão social no seu nível mais intenso. Colocar a ida para rua como resultado do uso de AD é simplificar, além de ser conveniente para o capital, pois permite a manutenção da acumulação sem discutir moradia, emprego e outras tantas políticas que deveriam ser anteriores. Há sempre estratégias de eliminação do que é estranho para a sociedade (Fanon, 2020), a pobreza, a loucura e a mais atual é, justamente, o uso de drogas. Esses motivos, justificativas escondem, no fundo, a mesma coisa, a grande massa de pessoas que vai sendo jogada às margens da sociedade.

Na pesquisa de Oliveira (2020), onde foram coletadas informações, a partir de fichas de atendimento do Centro-Pop, foi realizada uma análise sobre as determinações que motivam a ida para as ruas, motivos declarados pela própria PopRua da época. Foram vistas 749 fichas de pessoas cadastradas. Destes, 35% afirmaram como principal motivador, problemas no âmbito familiar, 25% relataram ser o consumo de drogas e 22% citaram o desemprego, justamente os mesmos motivos apontados pelos trabalhadores nesta pesquisa.

A própria Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua de 2009 trouxe uma perspectiva semelhante quando verificou as razões da ida para a rua: problemas com álcool e

drogas (35%), desemprego (29,8%) e desentendimentos com familiares (29,1%). A pesquisa da SEDAS de 2023 apontou que 50% dos entrevistados relataram dependência química e desavenças familiares como principais motivos da ida para as ruas (Franca, 2023). A PopRua de Franca possui familiares no município, 75% mantinham contato com família semanalmente, no entanto apontam o uso de álcool e/ou drogas como motivador da fragilidade nessas relações (Franca, 2023). 70% dos entrevistados relataram uso de álcool e/ou drogas e desses, "60% já passaram por tratamento para a dependência, pelo menos uma vez, em instituições como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), clínicas de reabilitação ou comunidades terapêuticas." (Franca, 2023, p. 72).

O uso de álcool e drogas, por vezes, aparece como mais um limitador de acessos da PopRua, como mais uma barreira e dificultador. Equipes que atendem no território da rua encontram limitações de cuidado devido aos impedimentos de outros serviços, como restrições em acolhimentos, devido a condições de higiene e efeitos de álcool e drogas (Wijk; Mângia, 2019). Parece que, para a sociedade, a questão AD é um problema que deve ser cuidado, mas essa mesma sociedade dificulta o cuidado. O uso de AD pela PopRua pode ocupar muitos lugares como uma alternativa de resistência às condições sociais adversas, sobrevivência e formas de amenizar o sofrimento físico e psíquico, podendo ocupar um lugar contraditório entre ser um consolador e ser o motivo da situação de rua (Sicari; Zanella, 2018), por isso o uso de AD requer ações complexas, ordenadas e intersetoriais e "preferivelmente, coordenadas pela atenção primária em saúde" (Wijk; Mângia, 2019, p. 3358).

Os entrevistados da pesquisa de 2014 referiram que os serviços que atendem AD deveriam ter como principais características, o cuidado humanizado/qualificação profissional, bem como o envolvimento e apoio com a família (Brasil, 2014), não sendo o cuidado sobre o uso em si, mas sobre humanizar a pessoa o que denota um desafio entendendo que esse cuidado desafia moralismos e criminalizações das pessoas que fazem uso de AD. Nesse relatório, também foi encontrado o dado de que muitas das pessoas usuárias de AD utilizariam o serviço de cuidado em saúde se estivesse próximo ao local onde vive (Brasil, 2014), enfatizando que o cuidado deveria ser mais territorial e na vida da pessoa.

No entanto, Oka e Costa (2022) apontaram de maneira assertiva que os principais focos da CP estão na RAPS, justamente, com o desmonte dos serviços de base territorial e na política de drogas. O fortalecimento da lógica manicomial se deu e se dá principalmente como justificativa de tratamento para o uso de AD, havendo um fortalecimento do ponto de vista legal e institucional das cts, como dispositivos de cuidado para o uso de AD.

Nessa perspectiva, David (2023) aponta para as novas tecnologias manicomiais que atingem, sobretudo, a população negra. Os muros foram caindo, mas as internações compulsórias; instituições judiciárias militarizadas; a psiquiatria que atribui cada vez mais diagnósticos e medicalização para populações pobres e excluídas; e as CTs que tem seu modo de trabalho assentado numa lógica da moral religiosa, sobretudo neopentecostais e católicas, contribuem para um novo formato de manicomialização da vida. O cuidado ainda está sob um olhar colonial que produz novas formas de "controle, sujeição e devastação, possibilitando a produção do lucro e contribuindo para a sustentação do poder europeu/branco/burguês/masculino/cisheteronormativo" (Passos, 2023, p. 44).

O discurso proibicionista e antidrogas é base para a perspectiva da abstinência. Esse discurso limita a percepção da totalidade e restringe a própria identidade da pessoa à droga. Usuários de álcool e drogas são colocados no lugar de fracassados moralmente. "(...) as estratégias de abstinência visam reconhecer e aprofundar a fraqueza (...) você tem que reconhecer que é fraco e que você é dependente" (Lancetti, 2016, p. 66), jogam a culpa para o indivíduo.

A situação de rua é um fenômeno com múltiplas determinações, no entanto, a droga é colocada por muitos como o motivo da ida para a rua. Ainda falta perceber o uso de drogas como um fenômeno coletivo e não individual (Mendes, 2018). "Nesse caso, o alcoolismo deixa de ser um vício de responsabilidade individual; torna-se um fenômeno, uma consequência necessária e inelutável de determinadas circunstâncias que agem sobre um sujeito" (Engels, 2010, P.142).

Ainda se faz necessário um esforço de ver o sujeito primeiro, pois a droga tem chegado antes. Na mesma lógica que Basaglia (1985) falou sobre colocar a doença entre parênteses, é preciso colocar a droga entre parênteses, principalmente quando se fala de populações criminalizadas e excluídas. A Redução de Danos (RD) tem essa perspectiva no seu interior, primeiro deve-se conhecer e procurar compreender os sujeitos, seus territórios e costumes e não força-los a uma abstinência ou algum controle. Referindo a Domiciano Siqueira (2016, p. 59), "Estamos ali, em primeiro lugar, para nos aproximarmos dessa camada da população; aproximando, aí podemos intervir, podemos propor técnicas que estão relacionadas com uma parte muito íntima da vida de cada um, que a sexualidade e o uso de drogas".

A RD tem respaldo desde a Constituição Federal no artigo 196 (Santos; Melo; Gaspado, 2020), quando menciona redução de riscos e agravos a doença. "(,,.) a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do

risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (CF, 1988). A RD está presente na portaria da RAPS como uma diretriz para toda a rede de atendimento e é definida, pela portaria nº 1028 de 2005 como “(...) ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” (artigo 2º, Brasil, 2005).

A RD pressupõe um cuidado que precisa ser produzido com o sujeito, numa lógica contrária dos “resgates” e “limpezas de locais” que vem sendo promovidos por ações políticas em cenas de uso ou locais de aglomeração de PopRua que traduzem as novas formas de manicomialização contemporâneas.

Por isso, reafirma-se aqui a clínica da delicadeza (Passos, 2023), mas também a proposta de aquilombação da saúde mental (David, 2023) de que é preciso descolonizar o cuidado e conhecer os saberes territoriais como uma forma de resistir a constante desumanização das populações negligenciadas e mais empobrecidas do modo de produção capitalista. “Aquilombar-se, enquanto princípio, é resistir em busca libertária, abolicionista e antirracista, valorizando os aspectos territoriais e culturais da população que predominante tem sido vitimada à lógica manicomial: a população negra” (David, 2023, p. 147).

A PopRua radicaliza a lógica do cuidado em liberdade e do cuidado territorial, pois ela vem sem casa, vem suja, vem alcoolizada/drogada e, enquanto, a rede só oferecer acolhimento ou um encaminhamento sem estar com as pessoas de fato, não haverá construção de cuidado. A PopRua não devia vir e sim, a rede ir. É preciso ir e estar na rua para conhecer a vida que lá existe e, junto, produzir saúde mental.

5.4 Sobre o entendimento de Saúde Mental dos trabalhadores

A RAPS é relativamente nova no município de Franca e ainda sem a devida organização com o modelo da RP brasileira. Os trabalhadores da saúde demonstraram sobrecarga e sofrimentos advindos do processo de trabalho e também demonstraram reproduzirem práticas individualizantes e institucionais de cuidado em SM.

Havia no formulário uma pergunta aberta e opcional: “Você pode falar o que significa Saúde Mental para você?”. A surpresa dessa pergunta foi que dos 69 respondentes, 59 responderam, algumas respostas serão trazidas aqui. A organização da apresentação se dará

através da contraposição saúde X doença, saúde mental sob uma perspectiva de dentro para fora e fora para dentro.

Entre as repostas apareceram aquelas que associaram diretamente a SM com uma doença. Foram minoria, mas ainda são um espectro rondando. Saúde mental é:

> *Tratamento de pessoas com algum tipo de transtorno/doenca/sofrimento mental.*
>
> *É um conjunto de diagnóstico, sintomas e sinais que evidenciam uma patologia específica.*
>
> *Uma doença que deve ser tratada*. (Formulário eletrônico)

As falas trazem consigo um paradigma de doença que deve ser codificada, tratada e isolada, é a loucura que incomoda a sociedade. Essas respostas rementem a explicação cíclica que Costa (2024) aponta sobre os manuais diagnósticos descritivos, "[...] sobre o que é a depressão ou os transtornos de ansiedade, temos como resposta um conjunto de sintomas. E ao perguntarmos o que são esses conjuntos de sintomas, temos como resposta que são a depressão, a ansiedade. (2024, p. 27)

Nesse sentido, o que é saúde mental? É a ausência de loucura, doença. O que é a loucura? É a ausência de saúde mental? Esse ciclo pouco explica sobre o fenôeno. Saúde Mental não é apenas psicopatologia e não pode ser reduzida a doenças (Amarante, 2015). É contra, justamente, esse paradigma que a luta antimanicomial tanto combateu. Essas são as explicações puramente filogenéticas, biologizantes (Fanon, 2008) que, inclusive, justificaram teorias raciais eugenistas na realidade brasileira.

A noção de SM como algo interno ao indivíduo é o predominante nas respostas dos trabalhadores. SM como algo que é privada e está dentro, conversando com o que Fanon (2008) chamou de explicações ontogenéticas. Mais que expressões de explicações internalistas, psicodinâmicas, as respostas exemplificam a cultura do individualismo, da SM como algo a ser perseguido e alcançado individualmente.

Uma das palavras que mais apareceu nas respostas foi "bem-estar", aparecendo em 20 respostas. Destacam-se algumas:

> *Saúde mental é a pessoa que aprende lidar com seus sentimentos e dificuldades podendo contribuir para seu bem estar e de familiares.*
>
> *Estado de bem estar emocional, social que a pessoa tenha condições de conviver e ter autonomia*
>
> *Estado de bem-estar psíquico e comportamental, com reflexos positivos em sua saúde clínica, estabilidade nas relações interpessoais, em sua funcionalidade e autonomia.*

> *Refere-se ao bem estar emocional, psicológico e social dos indivíduos e influência nos nossos pensamentos , no que sentimos e agimos.*
>
> *Bem-estar mental para viver e tomar decisões.*
>
> *Bem Estar Emocional.*
>
> *Bem estar emocional, capacidade de lidar com as situações da vida, equilíbrio emocional.*
>
> *É a capacidade da pessoa em gerir sua própria vida de forma saudável para si mesma e para a sociedade, gerando bem estar de forma ampla*
>
> *Bem estar, felicidade e realizações*
>
> *Bem estar emocional, social e psicológico.* (Formulário eletrônico)

Os significados do dicionário Michaelis online para a palavra bem-estar são: "Estado de boa disposição física; satisfação das necessidades físicas e espirituais; Sensação agradável de segurança, conforto, tranquilidade". Então, bem-estar tem a ver com tranquilidade, sensações de calma, emoções controladas e esse conjunto seria ter saúde mental. Nesse sentindo, tem uma resposta que foi apenas *"Paz"*. Parece que a SM tem sido perseguida como um conforto inalcançável, um equilíbrio. Esse tipo de explicação corre o perigo de não definir nada também, pois colocam a SM como uma questão em si, reduzida a processos dentro da pessoa (Costa, 2023). Como se alcança esse bem-estar, essa estabilidade e equilíbrio emocional? Com SM. Como se alcança a SM? Com bem-estar, estabilidade e equilíbrio. Outra explicação que pouco explica e pouco diz o que tem que ser feito para chegar nesse estado.

A separação "mente" e "corpo" também esteve presente nas respostas:

> *É o corpo e mente saudável*
>
> *Saúde mental significa a pessoa estar em equilíbrio mente e corpo*
>
> *Equilíbrio sócio, físico e mental.* (Formulário eletrônico)

Outro grupo de respostas apontou a SM como importante para a pessoa funcionar e conseguir lidar com o mundo.

> *Saúde mental, é quando a pessoa tem um bem-estar consigo mesma, consegue organizar sua rotina, trabalhar, ter momentos de lazer, boas relações interpessoais, também conseguir lidar com os problemas que aparecem na vida.*
>
> *Você ter a cabeça boa para cuidar das necessidades.*
>
> *A pessoa dar conta da pp* [própria] *vida, trabalhar, estudar, cuidar da família, ter dinheiro para viver descentemente.*

> *Capacidade, vontade e disponibilidade para ser socialmente útil.*
>
> *Ter equilíbrio psicológico para lidar com frustrações e acontecimentos cotidianos.* (Formulário eletrônico)

Essas definições reproduzem o modelo de saúde como forma de se manter produtivo e útil. Então se sentir "saudável mentalmente" é sinônimo se manter produtivo. Essa noção somente repete a ideia de que as vidas das pessoas são tidas como formas de mercadoria, vidas que devem se manter produzindo e consumindo, caso contrário, não é útil. Para o SPK (2024), o critério de funcionalidade é próprio da exploração do trabalho. A "(...) função do sistema de saúde é a manutenção e elevação do nível de explorabilidade da mercadoria força de trabalho (...) a força de trabalho defeituosa é restaurada com o objetivo de sua exploração contínua (...)" (p.89)

Sem a pretensão de discutir caminho metodológico, Tonet (2013) apontou que no sistema capitalista, o mundo moderno inaugurou uma ontologia centrada no sujeito. Diferentemente do mundo medieval que tinha uma centralidade no objeto e trazia certa passividade relegando ao homem uma posição apenas de contemplar, no capitalismo, tudo é explicado a partir do sujeito e da subjetividade. O mundo passa a ser regido pelo mercado que precisa de certa liberdade para sua acumulação, então precisou romper com as amarras do Estado feudal (Tonet, 2013; Souza, 2020).

> Os indivíduos devem poder estar livres para buscar a satisfação dos seus interesses particulares. Suas qualidades pessoais e seu esforço deveriam ser as únicas condições para alcançar esse objetivo. Cada um deles, guiado pela luz da razão, da qual é possuidor desde o seu nascimento, orientará as suas atividades no sentido de satisfazer os seus interesses. (Tonet, 2013, p. 31)

É conveniente para o capital que o sujeito seja responsável pela seu próprio bem-estar que deve ser perseguido e que é, a todo tempo, colocado como uma mercadoria inalcançável. Coaches, métodos de respiração, receitas para controlar as emoções estão todas aí propagadas para se alcançar uma SM completamente fetichizada pelo mercado e alienada da realidade, escondendo as várias determinações da saúde e responsabilizando o sujeito de algo que é muito maior e coletivo.

Parece que SM é aceitar as contradições de forma dócil, lidar com os problemas da vida sem questionar, de forma 'resiliente'. A SM, historicamente, por meio da psiquiatria e dos manicômios, é uma forma de controle. Junto com a polícia e sistemas criminais, a psiquiatria é acionada para os excluídos, para os que incomodam o sistema capitalista. Mas

atualmente, ela tem um controle a mais, os controles *softs* que não colocam as pessoas dentro de um lugar à parte da sociedade.

> [...] o desenvolvimento de um engenhoso aparato de controle-docilização que, por um lado, se expressa de maneira mais evidente e extremada no encarceramento de parcelas cada vez maiores da classe trabalhadora – negras, pauperizadas, periféricas, constitutivas do exército industrial de reserva – e, por outro, operando pela via da produção assujeitada de indivíduos, de maneira mais sutil e não menos perversa ou violenta [...] (Costa, 2024, p. 41)

Assim como para a PopRua sofre com a criminalização e manicomialização, toda a sociedade está sob a lógica da psicopatologização, da medicalização e da perseguição de uma SM como sinônimo de bem-estar.

Em contrapartida, algumas das respostas dos trabalhadores vão de encontro a um conceito mais ampliado de saúde. SM é:

> *Ter as condições necessárias para ter uma vida saudável.*
>
> *Saúde Mental para mim é um termo muito amplo e complexo, para termos saúde mental deveríamos ter acesso a tudo aquilo que está na Constituição cidadã de 1988, Saúde, Educação, Alimentação, Lazer, Renda, Habitação. No entanto, num país desigual como o nosso, tenho visto apenas uma preocupação em produzir em tornar o trabalhador produtivo e daí uma medicalização da vida*
>
> *Ter possibilidades de transformar as condições de vida, tendo acesso a saúde, cultura, lazer, esporte, escola e trabalho observando as pessoas em suas diferenças com seu anseio, desejo, valores e escolha*. (Formulário eletrônico)

De fato, a política de saúde no Brasil, tem o entendimento de que saúde é expressão de múltiplos "determinantes e condicionantes" (Brasil, 1990) muito por conta do movimento sanitário que deu base para uma luta por uma saúde coletiva e com um olhar numa perspectiva do todo social. Mas o avanço do capitalismo na sua forma global, dependente e a diminuição do Estado, influenciam e impedem o projeto de saúde, baseado no SUS das lutas dos anos 1980. Em consonância com esse aspecto, alguns trabalhadores afirmaram, que a SM:

> *São determinantes sociais que afetam a vida, autonomia e qualidade de vida e a saúde dos sujeitos, para além da questão biológica somente. Renda, trabalho, moradia, vínculos sociais e familiares, educação, transporte, cultura, lazer.*
>
> *Um estado de bem-estar emocional e espiritual, ser capaz de lidar com as adversidades da vida e também conseguir aproveitá-la. Para alcançar isso, o indivíduo precisa de acesso a cultura, lazer, alimentação, saúde, educação, moradia e uma rede de apoio sólida.*

> *Saúde Mental está relacionada com o bem estar e o sofrimento emocional e psíquico. Para além, ela é um processo construído socialmente que envolve o indivíduo e integralidade, liberdade, vínculo e participação social. É a possibilidade de viver e ser cuidado, com apoio, liberdade e inclusão.* (Formulário eletrônico)

Esses últimos conjuntos de falas apontam para uma perspectiva mais integral do conceito de SM. Pode até ser o bem-esta, mas as repostas apontam para o que é necessário para esse estado acontecer. Para o equilíbrio/ bem-estar é necessário, por exemplo, olhar para os outros direitos e condições de vida como alimentação, saúde, educação, participação social, cultura, lazer, moradia e tantos outros citados acima. SM deve ser entendida como resultante das condições de vida. SM tem a ver com poder viver, ser um sujeito, produzir e ser produzido pelas condições materiais da realidade.

Talvez SM possa ser resumida como um trabalhador respondeu:

> *Saude mental pra mim seria um conjunto entre saude corporal+boa convivencia na sociedade+ atingir algumas realizaçoes pessoais + direitos basicos garantidos como moradia, comida, banho, roupas, ver seus filhos alimentados e vestidos e na escola.* (Formulário eletrônico)

Em seguida dessa questão, havia uma segunda pergunta aberta que, curiosamente, teve uma quantidade expressiva de respostas, 57 dos 69 participantes também escreveram nesta. Algumas respostas da pergunta: "Para você, qual a relação entre Saúde Mental e a Pessoa em Situação de Rua?" serão apresentadas aqui.

Ao perguntar da associação SM e PopRua, também apareceram respostas que carregavam a noção saúde x doença, associando a PopRua à doença. *"São relações opostas"*, respondeu um dos participantes. Muitos dos estigmas que a PopRua carrega estão relacionados à loucura, então essa resposta diz claramente que SM está de um lado e PopRua está do outro.

> *Uma grande parte da população em situação de rua, tem transtorno mental.*
>
> *Normalmente as pessoas em situação de rua estão com desequilíbrio de sua saúde mental.*
>
> *Penso que existe uma linha muito tênue entre saúde mental e situação de rua, com certeza, estatisticamente a incidência de pessoas em situação de rua em decorrência de agravamento de sua saúde mental deve ser altíssimo.*
>
> *Pra mim não tem relação, pois pela experiência que tenho e vejo dos pacientes, é muito difícil ter saúde mental estando em situação de rua.* (Formulário eletrônico)

A PopRua, de fato, tem muitas vulnerabilidades e fatores de riscos, entendendo a saúde como um conceito ampliado e com múltiplas determinações sociais. Nas palavras de um trabalhador: *"A rua deixa pessoa mais vulnerável ao adoecimento Psico social".* A PopRua apresenta agravos à saúde física e mental (Wijk; Mângia, 2019) em comparação à população em geral e, por isso, demanda ações mais complexas e intersetoriais. Na Pesquisa Nacional de 2008, foi verificado que 0,18% dos entrevistados citaram problemas psiquiátricos e também foi verificado que 14% dos que se recusaram a dar entrevista apresentavam algum problema mental aparente (Brasil, 2008).

> *Acredito que uma coisa acaba levando a outra, as vezes pessoas doenças mentais não diagnosticada ou não tratada corretamente pode levar a instabilidade mental, acarretando uso de substâncias e enfraquecimento maior do vínculo familiar, levando o paciente a sair de casa e morar nas ruas; outras vezes o uso de substâncias acaba virando vício e consequentemente enfraquece o vínculo, o paciente acaba indo para rua, e o uso continuo das substâncias leva ao desenvolvimento de síndromes, afetando o estado mental do paciente.* (Formulário eletrônico)

Associar a PopRua ao paradigma da doença desumaniza essas pessoas e, como no caso do uso de drogas, corre-se o risco de tentar dar um diagnóstico para os sofrimentos e para os problemas que são de ordem coletiva e social, justificando internações compulsórias, medicalização, ações de ordem higienistas ou na outra extremidade, pode justificar ações tutelares que coloca as ações na ordem da caridade e da pena. Assim, se perpetua uma ideia de louco e/ou drogado como perigoso e instável, mas também como coitado e/ou fracassado, mantendo uma ideia de saúde individual que justificam intervenções apenas no sintoma. "[...] "o sistema de saúde capitalista perpetua esse isolamento ao tratar os sintomas não como algo produzido coletivamente, pelo contrário, como um destino individual, como culpa e fracasso" (SPK, 2024, p. 89).

O cuidado com a PopRua na RAPS pode oscilar entre caso de polícia, com a criminalização dessa população, e ações que tutelam, infantilizam o sujeito, sendo que nenhuma das duas extremidades atuam de forma a promover certa autonomia (Paiva; Guimaraes, 2022; Wijk; Mângia, 2019) e, pode-se dizer, que nenhuma das duas promovem saúde. Associar a situação de rua à doença e/ou ausência de saúde pode justificar tanto as ações autoritárias quanto ações tutelares do Estado, pois coloca a PopRua como não podendo responder por si. Limitando um fenômeno complexo a uma possível psiquiatrização.

Algumas outras respostas sobre a pergunta da associação da PopRua e SM trouxeram a noção de que a situação de rua é uma escolha individual.

> *A pessoa em situação de rua se entregou aos problemas enfrentados ou foi entregue à eles pois não teve um acolhimento necessário antes de estar nessa situação.*
>
> *Saúde mental e o equilíbrio entre mente e estado físico, muitos escolhem outros não.*
>
> *Eu penso que o motivo das pessoas ir pra rua na maioria das vezes é uma escolha, familia desfeita, uso de alcool e drogas, pais e familiares nao aceitam algumas coisas entao a pessoa, penso que a maioria ainda adolescentes se revoltam e saem de casa.* (Formulário eletrônico)

Da mesma maneira que a SM é colocada sobre o prisma do sujeito que deve buscar seu próprio bem-estar, culpar a pessoa sobre a situação de rua é individualizar um problema estrutural e muito mais complexo. Mas, ao mesmo tempo, expressa a centralidade na subjetividade própria do contexto atual.

A PopRua é colocada, na sociedade, como um problema que deve ser alvo de ações de Estado na base da força, pois não são pessoas enxergadas nas suas vivências, e sim, como uma coisa que deve ser retirada do local, pessoas que podem ser mortas e vítimas de violência de diversas ordens, "o não-ser". A PopRua, sobretudo as pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e drogas, está constantemente na mira do Estado (Passos, 2023). Estado este que defende o mundo das coisas antes das pessoas.

A SM ocupou um lugar importante no capital e na forma de expansão colonial sendo usada como um aparato de "(...) negação sistematizada do outro, uma decisão furiosa de recusar ao outro qualquer atributo de humanidade" (Fanon, p.212). Uma das justificativas para internações compulsórias é justamente a perspectiva da "doença" e da relação oposta com SM que apareceu em algumas respostas dos trabalhadores. A rua é um fator de agravo da saúde, mas também pode ser de sobrevivência. A rua é o lugar onde estão os excluídos, é o lugar que comporta os que não são considerados humanos.

Muitos dos trabalhadores apontaram para uma relação entre SM e PopRua com certa interdependência, demonstrando as determinações que atravessam a vida das pessoas na rua.

> *morador de rua não conseguiu apoio necessário em algum momento.*
>
> *As situações de vulnerabilidade vivenciadas tem um grande impacto na saúde mental e é muito mais agravada para a população em situação de rua devido a falta de acesso aos diversos serviços*
>
> *Pessoas em situação de rua são mais vulneráveis em todos os campos da vida, inclusive do ponto de vista mental; são mais frágeis e permeáveis à violência devido a maior exposição social*
>
> *A pessoa em situação de rua tem impactada sua vida como um todo, gerando situações complexas que interferem diretamente em sua saúde mental.*

> *Exposição às violências urbanas, uso abusivo de álcool e drogas; condições de insalubridade e falta de higiene, alimentação precária que afetam a saúde como todo.*
>
> *Penso que viver em situações de privação e vulnerabilidade afeta a saúde mental das pessoas em situação de rua.*
>
> *Complexa e influenciável por vários fatores, como falta de acesso a serviços, relacionamentos, pobreza. (*Formulário eletrônico)

Todas essas falas apontam para a complexidade que é o fenômeno da situação de rua e da SM, colocando as duas sob um prisma que possuem muitas determinações que as influenciam. A ida para a rua pode ser por falta de apoio e por várias situações e as violências e falta de acesso aos serviços e direitos sofridos pela PopRua são influenciadores na SM dessas pessoas.

Nesta mesma perspectiva, mais algumas falas sobre a relação PopRua e SM se destacaram.

> *É uma relação profunda, complexa e marcada por vulnerabilidades sociais, violação de direitos e exclusão. A rua pode ser um fator de adoecimento mental, mas principalmente o modo como está configurada a nossa sociedade endossam o estigma e afetam diretamente a saúde mental de quem está em situação de rua. Para romper o ciclo hegemônico são exigidos cuidados integrados, acolhimento, políticas públicas.*
>
> *Penso que viver em situações de privação e vulnerabilidade afeta a saúde mental das pessoas em situação de rua.*
>
> *Pobreza traz doença, tanto física como mais fortemente a psicológica.*
>
> *Ir p rua como forma de sobrevivência.* (Formulário eletrônico)

Voltando para a questão ontológica, Marx inaugurou uma terceira forma de ver o mundo e analisar a realidade que não está nem na realidade objetiva somente e nem no sujeito, mas na atividade mediadora que se faz enquanto unidade complexa e origina toda a realidade social (Tonet, 2013). "Espírito e matéria, consciência e realidade objetiva, subjetividade e objetividade são dois momentos que constituem uma unidade indissolúvel" (Tonet, 2013, p.78).

Falar de SM, assim como de PopRua, é falar dessa relação dialética e contraditória do sujeito com a realidade. Sem essa perspectiva, corre-se o risco de individualizar ou quebrar uma questão complexa em pequenas partes, cindindo uma relação maior. O sujeito, entendido pela dialética, é um sujeito histórico e social. Não se vê de dentro para fora e nem somente do fora para dentro, mas nesse todo.

> São necessárias análises totalizantes, que tomem o indivíduo como uma totalidade em si, múltipla, contraditória, mas circunscrita à totalidade social, a manifestando singularmente, mas também produzindo-a desenvolvendo-a em sua própria ação no mundo, seu próprio desenvolvimento; uma dialética singular-particular-universal; um complexo de complexos (Lukács, 2012; 2013 apud Costa, 2023, p.75)

Em uma organização social que produz e valoriza cada vez mais mercadorias e coisas, a rua, às vezes, pode se mostrar como saída para se manter humano e para se sentir respirando. É um lugar de "sobrevivência" (Formulário eletrônico). Nesse sentido, o problema não é a situação de rua em si, mas as exclusões que esse modo de produção mantém. O modo de produção capitalista separa, exclui, mata as vidas e quando não leva a morte, permite uma "vida mortificada" (Costa, 2023, p.135).

> Se a base da saúde mental de um povo encontra-se na existência de relações humanizadoras, de vínculos coletivos nos quais e pelos quais se afirma a humanidade pessoal de cada um e não se nega a realidade de ninguém, então a construção de uma sociedade nova ou, pelo menos, melhor e mais justa, não é somente um problema econômico e político; é também, e por princípio, um problema de saúde mental. (Martin-Baró, p. 235)

SM é vida, é transformação, é ir em direção a uma humanização do sujeito. Falar de SM é falar de toda forma de vida, sobre as relações políticas, econômicas, alienantes ou produtoras de vida. Um dos trabalhadores tentou abarcar a totalidade e complexidade da relação PopRua e SM. A caixa alta é como a resposta foi escrita no formulário.

> *A FALTA DE ACESSO À CONDIÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO DE SAÚDE INTEGRAL: BIOPSICOSSOCIAL E FALTA DE ACESSO À CONDIÇÕES DIGNAS DE TRABALHO, MORADIA, EDUCAÇÃO, SAÚDE ETC, PODEM COLABORAR PARA QUE O USUÁRIO DO SERVIÇO TENHA A VIVÊNCIA NA RUA. TAMBÉM A VIVÊNCIA NA RUA PODE AGRAVAR QUADROS DE SAÚDE MENTAL, COMO DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICO ATIVAS, ESQUIZOFRENIA, DEPRESSÃO E OUTROS. AS CONDIÇÕES OBJETIVAS DE VIDA E SEUS DETERMINANTES COLABORAM DIRETAMENTE COM O PROCESSO SAÚDE MENTAL. (Do Formulário eletrônico)*

A SM e a PopRua não são deslocadas da realidade e são expressões da organização da sociedade. A PopRua escancara as contradições da sociedade e o quanto estamos sob a lógica da desumanização. Por isso, atuar na rua, ir para o território, pressupõe ser antimanicomial, é se adaptar à realidade, um "fazer com" e um estar junto e não esperar que a pessoa se adapte ao funcionamento do serviço, seja ele um manicômio, um CAPS ou uma UBS.

> É preciso sustentar que uma sociedade sem manicômios reconhece a legitimidade incondicional do outro como o fundamento da liberdade para todos e cada um; que a vida é o valor fundamental; que a sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática, socialista e anticapitalista. (BAURU, 2017)

CONCLUSÕES

Foi do trabalho em saúde, na perspectiva do Consultório na Rua, na Atenção Básica que se construiu essa pesquisa. Partiu-se do entendimento de uma saúde mental como expressão da questão social, com múltiplas determinações.

É importante dizer que a loucura na sociedade de classes teve uma função de classificar os que eram normais e anormais, levando em conta a estrutura social. Dessa forma, a ideia de saúde-loucura virou uma classificação e rótulos dos que não estavam adequados ao sistema. Esse conceito justificou a existência de uma importante estrutura de controle, o manicômio. Ele serviu como uma forma de exclusão e controle dos indesejáveis da sociedade, ele foi e é um lugar dos desempregados, sem-teto, vagabundos (Desviat, 2015), dos que estão, grande parte, no exército industrial de reserva. A saúde virou uma forma de controle tendo como parâmetro, que a pessoa seja mantida produtiva. As pessoas que vivem nas ruas são vítimas históricas de ações policiais, de que criminalização do não trabalho, da chamada ‘vadiagem’, mas também são vítimas históricas das ações de institucionalizações nos manicômios e nas suas reformulações, como as comunidades terapêuticas.

O coletivo SPK (2024) esmiúça bem essa noção de que o sistema de saúde junto com o judiciário tem como função aumentar a exploração da força de trabalho e ao mesmo tempo garantir a mais-valia das industrias envolvidas no processo saúde-doença, como a indústria farmacêutica, a medicina e os saberes tecnicistas. O doente, assim, vira uma força de trabalho que deve ser restaurada para ser explorada e também um consumidor de intervenções em saúde. Nessa perspectiva, há uma constante desumanização da pessoa, transformando-a cada vez mais em uma mercadoria, afim de manter a produtividade e o consumo. Fanon (2020) e Basaglia (1985) trazem o quanto a psiquiatria, enquanto primeira área de atuação em SM e que nasceu com o conceito de loucura-doença, é uma aliada da polícia como protetora da sociedade do capital. Mais que isso, a psiquiatria foi aliada e instrumento de dominação, colonização de outras culturas e sociedades, transformando, principalmente, o humano não-europeu em um “não-ser” (Fanon, 2008), como algo quase que inanimado e passível de dominação e apagamento. Foi nessa perspectiva que a saúde mental foi lida e compreendida, neste trabalho.

A história brasileira da luta antimanicomial que levou ao processo de Reforma Psiquiátrica (RP) se inspirou em experiências e leituras como a do Basaglia e Rotelli, na experiência da Psiquiatria Democrática da Itália que tinha um direcionamento de desmonte do aparato manicomial, entendendo que não era possível reformas internas, era preciso fechar. O movimento antimanicomial brasileiro nasceu no berço dos vários movimentos democráticos da década de 80 e na organização dos trabalhadores e usuários. Com a Constituição de 1988, as políticas sociais, incluindo a saúde, passaram a ser olhadas como direito e não como algo ligado a caridade e a contribuição. Esse foi um cenário fértil para pensar uma modificação da assistência em saúde mental no país. Mesmo assim, com um SUS instituído no início da década de 90, a lei de RP veio somente em 2001 e após 10 anos, o decreto da RAPS. A RAPS, como outras redes de saúde, tem o entendimento de assistência no território, ou seja, não precisa isolar para intervir. Ela tem como diretrizes, a integralidade, autonomia, respeito aos direitos humanos, combate a preconceitos e estigmas. Um atendimento que tenta humanizar a pessoa.

O SUS aconteceu e foi se constituindo enquanto política de saúde no mesmo cenário de adesão a lógica neoliberal da economia mundial. De um lado, uma política que busca garantir saúde, cuidado, atenção à pessoa e de outro, um modo de trabalho e organização do capital que modificaria a organização do trabalho com diminuição do salário, aumento da produtividade e diminuição, justamente, do Estado de direito. Esse mesmo Estado que tentava ter o SUS e outras políticas sociais, acabou sendo um Estado que favoreceria a acumulação do capital. Esse cenário colocou o Brasil, na divisão internacional do trabalho, numa posição de dependência de outros países. Essa dualidade é que justamente inviabiliza e dificulta as políticas sociais, deixando-as cada vez mais precarizadas e com mais pessoas necessitadas delas. Há um empobrecimento cada vez maior da população, podendo ser percebido pelo aumento constante de pessoas vivendo nas ruas, bem como um desfinanciamento e desvalorização das politicas sociais.

A política de saúde mental está nesse cenário: há uma forma de trabalho e vida cada vez mais adoecedora, alienante/desumanizante e uma assistência precarizada que vem sendo acionada como controle novamente. A contrarreforma é justamente um retorno para a lógica individual, técnica, de controle e manutenção de uma força de trabalho que tem que se manter produtiva. O aumento de diagnósticos, medicalização, uso de álcool e outras drogas deve ser entendido nesse contexto como uma expressão da questão social atual.

O aumento de pessoas vivendo nas ruas também é resultado da barbárie do capitalismo e do seu agravamento contemporâneo da questão social. A partir do período que Marx (1984)

nomeou de acumulação primitiva, duas classes sociais foram sendo formadas e divididas entre aqueles que possuem os bens e aqueles que só possuem sua força de trabalho. Assim, foi se desenhando a sociedade capitalista que tem como maior fim e objetivo, a acumulação do capital, que por sua vez precisa explorar os trabalhadores de diversas formas, entre elas constituindo uma grande massa de pessoas de reserva ou em trabalhos não considerados trabalhos (superpopulação relativa, exército industrial de reserva). É justamente essa população que se tornou alvo das várias formas de controle e repressão, é assim que se constituiu e se agravou o fenômeno da PopRua.

A formação do capitalismo no contexto brasileiro, no entanto, teve uma característica própria dos países colonizados. A exploração das colônias se deu através da escravização dos povos originários e do comércio de pessoas africanas, sendo o Brasil o país que mais recebeu pessoas escravizadas da África, na América Latina (Assis, 2019). A formação da PopRua brasileira tem íntima relação com o fim do trabalho escravo. Após à chamada "libertação", os sobreviventes foram jogados às ruas para concorrer com pessoas brancas e imigrantes europeus. Por isso, se deve levar em conta essa formação da sociedade brasileira para compreender o fenômeno da Rualização, processo que não é linear e nem simples de ser entendido, mas que deve ser analisado na sua multiplicidade de determinações. O ex-escravizado foi considerado mão de obra inferior à mão de obra branca que também compunha o exército industrial de reserva (Santos; Sarreta; Guilherme, 2023).

Este trabalho procurou fazer o cruzamento desses dois fenômenos sociais: saúde mental e PopRua para analisar o contexto da RAPS do município de Franca. O objetivo geral era de analisar como se dá a assistência em saúde mental à PopRua, de acordo com a percepção dos profissionais da RAPS Franca e acredita-se que foi alcançado. A pesquisa foi bem recebida pelos trabalhadores e teve uma boa adesão, o que não era tão esperado pela pesquisadora. A coleta focou nos trabalhadores e na organização da RAPS no município, mas tem um limitador que foi justamente o de não ouvir a opinião e percepção de quem faz uso dessa rede, a PopRua.

Franca é um município que foi se formando enquanto um lugar, inicialmente, de passagem e cidade dormitório de viajantes da rota do garimpo, no norte do estado de São Paulo, quase divisa com o estado de Minas Gerais. No século XIX se constituiu como cidade e começou a crescer a partir do café. No século seguinte, sua principal atividade se tornou a indústria do calçado, a partir da década de 1950, quando começou um crescimento populacional de fato. Atualmente Franca é considerada a 9ª maior cidade do estado de São Paulo. A população de Franca é composta por uma população majoritariamente branca, reflexo inclusive

dos imigrantes europeus que foram morar no município. A PopRua tem uma maioria de pessoas negras (pretos e pardos), mas chama a atenção a porcentagem de pessoas em situação de rua que se declaram brancas, acima dos números nacionais e de outros locais. No entanto, como tantas outras realidades, há um crescimento do número de pessoas vivendo nas ruas.

A história da assistência em saúde mental no munício é ligada a história de grupos religiosos e de caridade, como a Fundação Espírita Allan Kardec (FEAK) fundada em 1902 por José Marques Garcia que iniciou a doutrina espírita na cidade e também começou um trabalho de abrigar "enfermos mentais" em sua casa. Foi dessa forma que nasceu, em 1922, o Asilo Allan Kardec que viria se tornar o hospital psiquiátrico da região. Até o ano recente de 2017, a FEAK possuía 200 leitos para o SUS. Observou-se aqui que, enquanto muitos lugares do país, estavam falando de Reforma Psiquiátrica e inversão de investimentos, favorecendo os serviços substitutivos ao manicômio, parecia que o município ainda estava muito centrado em uma lógica manicomial. Outro fato recente que chamou a atenção foi a prisão de 52 pessoas em situação de rua, em 2012, pela contravenção de "vadiagem". Esses fatos mostram o quanto ainda está incipiente uma forma de olhar para o cuidado em SM e da PopRua sob a lente do cuidado em liberdade. A RAPS de Franca é nova, tem um CAPS-III fundado em 2018 e não tem CAPS-i, por exemplo. E é válido destacar que não se está falando de um município pequeno, Franca é considerado um município de grande porte, estatisticamente falando.

Os dados coletados com os trabalhadores da rede também apontaram para essa direção de um aparente 'atraso' na política de saúde mental. 52% dos respondentes foram de trabalhadores da Atenção Básica e 59% responderam que atendem diariamente PopRua. No entanto, a grande maioria não tem reuniões de equipe ou realiza PTS. A inversão da lógica do cuidado em saúde mental demanda práticas menos tecnicistas e/ou centradas na lógica médica, com mais atenção em equipe multiprofissional e uma interação de saúde que humanize a pessoa atendida. Os dados demonstraram, no entanto, uma dificuldade de um cuidado compartilhado e integral dos sujeitos que são atendidos, demonstrando uma divisão em especialidades.

Práticas como a prescrição de medicamentos, encaminhamentos para outros serviços e atendimento individual foram as principais apontadas por esses trabalhadores no cuidado em SM denotando a permanência de uma SM centrada no indivíduo que pensa a pessoa de dentro para fora, centradas na mente ou no cérebro e que excluem populações mais vulneráveis, como a PopRua. Práticas como assembleias, economia solidária e redução de danos estão no final desta lista de cuidado, permanecendo um cuidado institucionalizado e que promove pouca autonomia do sujeito. Pareceu haver uma diminuição de internação, mas ainda uma

institucionalização da SM. Esses dados corroboram com a reflexão de que foram mudados os nomes dos serviços, mas a prática ainda é baseada no olhar médico e individual.

Franca está no momento histórico de sair dos muros do manicômio, mas também precisa sair dos muros do saber e das salas de atendimento individual. Um dado importante é que o município não teve grandes atuações do movimento antimanicomial, então a RAPS foi sendo reformada, mas não criticada e não pensando a liberdade enquanto produção de cuidado. Apenas vão sendo modificados os nomes das instituições para se adequar as políticas nacionais e possivelmente aos repasses financeiros. Porém, quem segue administrando o cuidado em SM são instituições históricas de viés manicomial e religioso.

Um dado que não era esperado e, por isso, chamou a atenção é de que a PopRua, aparentemente, está indo até os serviços, pois os trabalhadores afirmaram atende-la e esperava-se o oposto. No entanto, a maioria dos trabalhadores não vai até a rua, existindo assim uma "Rua na RAPS" e não a "RAPS na rua". A SM não está sendo promovida nos territórios e muito menos no contexto da PopRua, mas essas pessoas estão tentando ocupar os serviços da maneira que é possível. Esse dado, contudo, é extraído de um formulário que foi enviado aos trabalhadores e para que ele fosse melhor percebido, faltou a perspectiva da PopRua, o que demonstra uma limitação da pesquisa.

Ficou a impressão que nem sequer foram debatidas as práticas de clínica ampliada (Campos, 2014) ou da clínica peripatética (Lancetti, 2016), modos de fazer uma assistência que saia dos muros e dos prédios, parecendo que o cuidado ainda está muito privatizado (Costa, 2024), em Franca. Esse modo de atuação dificulta o acesso da PopRua por ser limitado a burocracias de agendamentos e cumprimentos de horários, o que acaba se mostrando como tentativa de adaptar a população ao serviço e não o contrário.

Pensar PopRua nessa rede é analisar um sujeito que já não se vê como pessoa e que é tolhido de diversas formas pela sociedade. A PopRua é uma população heterogênea que tem a rua como moradia e como sobrevivência seja de trabalho ou relações. Ela vai para a rua porque muito lhe aconteceu, muito sofreu e poucas foram as escolhas. Há múltiplas determinações para o processo de ida para a rua (Silva, 2009) e é uma população que carrega consigo, nesta sociedade de classes, preconceitos/estigmas, imagens com uma carga de valor moral que a rebaixa e a culpabiliza da própria situação.

Um importante estigma e marcador que a PopRua carrega consigo para dentro dessa RAPS é o de usuária de álcool e drogas. Esse uso pode ser entendido como uma das determinações, mas a pessoa ser vista somente como "usuária de drogas", como

"drogado/nóia", com um julgamento moral e social justifica formas de cuidado que a institucionalizam novamente. As internações compulsórias e o repasse de verbas públicas para as cts tem, nesse julgamento moral, o espaço fértil de crescimento e justificativa. Assim como a SM e pessoas vivendo nas ruas são expressões da questão social, é preciso entender o uso de álcool e drogas nessa perspectiva também, se não, ele se torna (e se tornou) estratégia de negação e eliminação do sujeito de novo.

A política de AD não era propriamente objeto desta pesquisa, mas como a temática é transversal à PopRua e à RAPS, se fez importante pontuar o assunto, apesar de saber que demandaria uma análise mais profunda. O fenômeno do uso de AD vem justificando o retorno de práticas estigmatizantes e manicomiais. Por isso, este trabalho afirma uma posição contra as internações e contra às cts e instituições de privação de liberdade, com múltiplas opressões e violências, que vem ganhando espaço político e financeiro, em detrimento do fortalecimento da RAPS.

A rua parece ser o espaço que resta aos diferentes, aos segregados, aos julgados, aos sem emprego, sem perspectivas e sem lugar na organização dessa sociedade. Um dos trabalhadores apontou a rua como espaço de sobrevivência e ela acaba por ser esse lugar que resta às pessoas nessa estrutura social. Por isso é preciso reafirmar algumas propostas de outros autores como da clínica da delicadeza (Passos, 2023) e do aquilombamento da saúde mental (David, 2023), bem como propostas de produção de cuidado coletivo que olhem para o território e história brasileiros e que não "saudementalizem" e repartam o sujeito em partes (Costa, 2024). É preciso ocupar os espaços, ocupar a rua com a PopRua e não ir até a rua como forma de "busca" ou apenas uma "visita". A RAPS precisa se "rualizar" para encontrar a PopRua, do contrário, não produzirá vida e sim a manutenção dessas existências "mortificadas".

Por fim, a coleta de dados chamou a atenção para um sofrimento devido as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde, trazendo uma reflexão sobre como produzir saúde mental no sentido de produzir vidas, como pensar a integralidade do cuidado em uma forma de trabalho que desumaniza inclusive quem está cuidando. É preciso olhar para os processos de trabalho e as dificuldades que a "ponta" das políticas sociais estão enfrentando também. É preciso pensar estratégias de coletivizar e cuidar desses trabalhadores também, afim de enfrentar uma realidade é tão complexa e contraditória. Ademais, este trabalho concorda e reafirma com a frase de Martin-Baró (2022), "O ponto é que talvez não sejam os indivíduos os que necessitam de tratamento, mas a sociedade. E o tratamento da sociedade se chama revolução" (p. 393).

REFERÊNCIAS

II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. Manifesto de Bauru (1987). **Revista InSURgência**. Brasília, 3(2), 2017.

ABRASCO, A (re)volta dos que não foram – **Ou a falácia da segunda reforma psiquiátrica**. 3 jan. 2018. Disponível em: https://abrasco.org.br/carta_abrasme_segunda-reforma-psiquiatrica/. Acesso em: 15 out. 2024.

ABRASCO, **Nota Pública contra a nomeação de Valencius Wurch Duarte Filho para a CGMAD/MS.** 14 dez. 2015. Disponível em: https://abrasco.org.br/nota-publica-cgmadms/. Acesso em: 09 jul. 2025.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4ª ed. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz 2015.

AMARANTE, P; TORRE, E.H.G., "De volta à cidade, sr. cidadão!" — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de administração Pública**, Rio de Janeiro 52(6): 1090-1107, 2018.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**. 23(6): 2067-2074, 2018.

ANTUNES, R.; PRAUN, L. A sociedade dos adoecimentos no trabalho. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 123: 407-427, 2015.

ASSIS, A.D. Louca América: a luta por uma América Latina sem manicômios. **Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)** – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

BASAGLIA, F. As instituições de violência *In:* BASAGLIA, F. **A Instituição Negada: Relato de um hospital psiquiátrico.** 3ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. P. 99-133.

BASAGLIA, F. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Editora Garamond. 2010.

BRAGA, T.B.M.; FARINHA, M.G. Sistema Único de Saúde e a Reforma Psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Phenomenological Studies - Revista da Abordagem Gestáltica** - XXIV(3): 366-378, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Relatório Final: 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde (MS). Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, 1990.

Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm#art3. Acesso em: 15 out. 2024.

_____. Ministério da Saúde (MS). Lei 10.216 de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 13 de set. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui os Centros de Atenção Psicossocial .** Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 22 de nov. 2024.

_____. 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. Acesso em: 13 set. 2022.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Rua: aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. **Relatório final 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e qualidade de vida: Políticas de Estado e desenvolvimento**. Brasília, 2009.

_____. 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. Acesso em: 13 set. 2022.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop**. SUAS e a População em Situação de Rua, Volume 3. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 122 de 25 de janeiro 2012. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.** Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html. Acesso em: 14 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: MS; 2012.

_____. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Conheça o Programa Crack, é possível vencer.** Brasília; 2013. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/conheca-o-programa-crack-e-possivel-vencer. Acesso em: 14 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Saúde da População em Situação de Rua: Um direito humano**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Caderno Humaniza SUS. Volume5: Saúde Mental.** Brasília, 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde**.** Resolução nº 510 de 2016. **Normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. MS, 2016.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
Acesso em: 15 out. 2024.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 03 de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html.
Acesso em: 15 out. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Nota Técnica nº 11/2019 - CGMAD/DAPES/SAS/MS. **Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.** Brasília, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: População em situação de rua e violência – uma análise das notificações no Brasil de 2015 a 2017.** 50(14), 2019.

_____. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM/MS nº 757 de 21 de junho de 2023. **Revoga a Portaria GM/MS 3.588, de 21 de dezembro de 2017, e dispositivos das Portarias de Consolidação GM/MS nº 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, e repristina redações**. Brasília, 2023.

_____. 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.

BRITO, C.; SILVA, L. N. População em situação de rua: estigmas, preconceitos e estratégias de cuidado em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(1): 151-160, 2022.

CAMPOS, G.W.S. Reforma Política e Sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2): 301-306, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4):849-859, 2007

CAMPOS, G.W.S.; DOMINITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, 2007.

CAMPOS, G.W.S. **Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. Interface Comunicação Saúde e Educação.** [Entrevista concedida a] Liane Beatriz Righi. 2014.

CARTA DE BAURU – 30 ANOS, 2017.

CASEMIRO, P.; MOURA, R. Crise de saúde mental: Brasil tem maior número de afastamentos por ansiedade e depressão em 10 anos. **Portal G1,** 10 mar. 2025. Disponível em: https://g1.globo.com/trabalho-e-carreira/noticia/2025/03/10/crise-de-saude-mental-brasil-tem-maior-numero-de-afastamentos-por-ansiedade-e-depressao-em-10-anos.ghtml. Acesso em: 21 ago. 2025.

COSTA, P.H.A. Marx e a loucura no/do capitalismo: caráter e determinações sociais da loucura e do campo psi e superação da lógica asilar-manicomial. *In:* COSTA, P.H.A. **O Marxismo e a Loucura.** 1ª ed. São Paulo: Lavra Palavra, 2023. P. 35-44.

COSTA, P.H.A. Marx e o caráter (ou determinação) social da loucura. *In:* COSTA, P.H.A. **O Marxismo e a Loucura.** 1ª ed. São Paulo: Lavra Palavra, 2023. P. 47-150.

COSTA, P.H.A.; MENDES, K.T. Contribuição à Crítica da Economia Política da Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Argumentum**. 12(2): 44-59, 2020.

COSTA, P.H.A.; MENDES, K.T. Colonização, Guerra e Saúde Mental: Fanon, Martín-Baró e as Implicações para a Psicologia Brasileira. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. 36(36): p. 1-12, 2020.

COSTA, P.H.A.; MENDES, K.T. Franz Fanon, saúde mental e práxis antimanicomial. Sociedade em Debate (Pelotas). 27(1), p. 66-82

COSTA, P.H.A. **Saúde mental e luta: a luta (é) por saúde mental**. São Paulo: Usina editorial, 2024.

COFEN, Brasil vive uma segunda pandemia, agora de Saúde Mental. 13 out. de 2022. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/brasil-enfrenta-uma-segunda-pandemia-agora-na-saude-mental/.Acesso em: 15 out. 2024.

CRUZ, N.F.O.; GONÇALVES R.W.; DELGADO, P.G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**. 18(3): 1-20, 2020.

DAVID, E.C. Aquilombamento da Saúde Mental: Cuidado antirracista na atenção psicossocial infanto-juvenil. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2023.

DAVIS, A. **A liberdade é uma luta constante**. São Paulo: Boitempo, 2018

DIAS, A.L.F. (org). **Dados referentes ao fenômeno da população em situação de rua no Brasil - Relatório técnico-científico**. Plataforma de Atenção em Direitos Humanos, Programa Polos de Cidadania, Faculdade de Direito da UFMG, MG: Marginália Comunicação, 2021.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DESVIAT, M. **Coabitar a Diferença: da Reforma Psiquiátrica à Saúde Mental Coletiva.** 1ª ed. São Paulo: Zagodini Editora, 2018.

DELGADO, P.G**. Entrevista do mês de julho: Pedro Gabriel Delgado. Observatório de Análise Política em Saúde.** [Entrevista concedida a] Inês Costal e Patrícia Conceição. Jul. de 2019. Disponível em: https://analisepoliticaemsaude.org/entrevista/entrevista-do-mes-de-julho-pedro-gabriel-delgado/ Acesso em: 12 de ago. de 2025.

FANON, F. **Os Condenados da Terra.** Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1968.

FANON, F. **Pele Negra, Máscaras Brancas.** Salvador: EDUFBA, 2008.

FANON, F. **Alienação e Liberdade: Escritos psiquiátricos**. São Paulo: UBU Editora, 2020.

BASTOS, F.I, BERTONI, N. (orgs) **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

FRAGA, P.V.R.; ARAÚJO, M.C.A.; SOUZA, A.A.; MARTINS, A.L.J.; DANTAS, A.C.M.T.V.; MARINHO, R.A.; RODRIGUES, D.M; PAES-SOUSA, R. Entre as ruas e a RAPS: Revisão integrativa sobre acesso das pessoas em situação de rua aos Serviços de Saúde Mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 30(1):1-14, 2025.

FRANCA. Decreto 10.567 de 18 de novembro de 2016. **Cria o Grupo Condutor Municipal no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)**. Franca, 2016. Disponível em: https://webpmf.franca.sp.gov.br/arquivos/diario-oficial/documentos/646-19112016.pdf Acesso em: 10 de abr. de 2025.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**, 2014.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2022**, 2017.

FRANCA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022-2025**, 2022.

FRANCA. Secretaria de Ação Social. **Plano Municipal Decenal de Assistência Social 2022 a 2032**, 2022.

FERRO, M.C.T. A política nacional para a população em situação de rua no Brasil: avanços e limites da participação social. *In:* Congresso da Associação de Estudos Latino-Americanos (LASA), São Francisco, Califórnia, 23-26 de maio. 2012.

FOLLIS, F. Cidade e Cidadania: Franca (1890-1996). **Tese (Dourado em Sociologia)**. Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2007.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK. **Plano de Trabalho: CAPS III Psicóticos.** Franca, 2018.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK. **Plano de Trabalho: INTEGRASUS.** Franca, 2019.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK. **Plano de Trabalho: INTEGRASUS 2020.** Franca, 2019.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK. **Plano de Trabalho: INTEGRASUS 2021.** Franca, 2020.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK. **Plano de Trabalho: INTEGRASUS 2022.** Franca, 2021.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK. **Plano de Trabalho: INTEGRASUS 2023.** Franca, 2022.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK. **Plano de Trabalho: CAPS III Psicóticos.** Franca, 2019/2020.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK. **Plano de Trabalho: CAPS AD III.** Franca, 2020.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK**. Conheça um pouco a Fundação Allan Kardec.** Disponível em: https://www.kardec.org.br. Acesso em: 22 nov. 24.

FUNDAÇÃO ESPÍRITA ALLAN KARDEC – FEAK. **Plano de Trabalho: CMDAF, 2024.** Franca, 2024.

GALVÃO, I.A.B. **Rua e Drogadição: Uma discussão sobre a produção do conhecimento do Serviço Social a respeito dos Conselhos de Políticas sobre Drogas.** Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS), Universidade Estadual Paulista, Franca, 2024.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2008.

GONTIJO, T.G. et al. **Notificações de violência contra Pessoas em Situação de Rua: Análise do SINAN.** Ciência e Saúde Coletiava [periódico na internet]. 2025. Disponível em: http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/notificacoes-de-violencia-contra-pessoas-em-situacao-de-rua-analise-do-sinan/19620. Acesso em: 19 de Ago de 2025.

HALLAIS, J.A.S.; BARROS, N.F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 31(7): 1497-1504, 2015.

HINO, P.; SANTOS, J.O.S.; ROSA, A.S. Pessoas que vivenciam situação de rua sob o olhar da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 71(1): 732-740, 2018

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LEMOS, C.L.S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(3):913-922, 2016.

MARTIN-BARÓ, I. **Crítica e Libertação na Psicologia: estudos psicossociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017

MARTIN-BARÓ, I. Antipsiquiatria e Antipsicanálise. **Estudos de Psicologia**. 27(3): p. 392-394, 2022.

MARX, K. A lei geral da acumulação capitalista. *In:* MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Boitempo, livro 1, edição eletrônica, 2013, P. 835-958.

MARX, K. A Assim chamada acumulação primitiva. *In:* MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Boitempo, livro 1, edição eletrônica, 2013, P. 959-1014.

MARX, K. **Sobre o Suicídio**. 1ª ed. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARX, K. Introdução à contribuição à crítica da economia política. *In:* MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008, p.237-272.

MARX, K. O crescimento da loucura na Grã-Bretanha. *In:* COSTA, P.H.A. **O Marxismo e a Loucura.** 1ª ed. São Paulo: Lavra Palavra, 2023. P. 241-248.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 15(5):2297-2305, 2010.

MENDES, A.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo. 27(4):1105-1119, 2018.

MENDES, K.T. "Se essa rua falasse": uma análise sobre estigma, pobreza e uso de droga nas trajetórias dos sujeitos em situação de rua. **Dissertação (Mestrado em Psicologia)** – Universidade Federal de juiz de Fora, Juiz de Fora, 2018.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES,O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ**. Rio de Janeiro, 1993

MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa social: Teoria, método e criatividade**. 21ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3):621-626, 2012.

MOREIRA, R. Moradores de Rua são detidos por 'vadiagem' no interior de SP. **Estadão São Paulo.** Mai. 2012. Disponível em: https://www.estadao.com.br/sao-paulo/moradores-de-rua-

sao-detidos-por-vadiagem-no-interior-de-sp/?srsltid=AfmBOooMnjAWm6UJ-0axdR0dt4FolXffehqvyMDwGCOoqnuhsYmttMJC Acesso em: 12 de set. de 2025.

NASCIMENTO, A. **O genocídio do negro brasileiro: processo de um racismo mascarado.** RJ: Editora Paz e Terra, 1978.

NETTO, J.P. **Introdução ao estudo do método de Marx**. 1ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NETTO, J.P. Crise do Capital e consequências societárias. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 111, p. 413-429. 2012.

NEVES, L.C. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E O DIREITO À SAÚDE: análise sobre a Estratégia Consultório na Rua no contexto pandêmico. **Dissertação (Mestrado em Serviço Social) -** Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS), Universidade Estadual Paulista, Franca, 2023.

OLIVEIRA, K.B.T. PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA: as determinações sociais que motivam a viver e permanecer nas ruas. **Dissertação (Mestrado em Serviço Social) -** Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (FCHS), Universidade Estadual Paulista, Franca, 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R.T. Saúde Mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. Cadernos de Saúde Pública. 35(11): 1-5, 2019.

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].Ginebra, 2022.

OKA, C.P.B.; COSTA; P.H.A. Os Caminhos da contrarreforma psiquiátrica brasileira: um estudo documental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**. Florianópolis. 14(40): 01-29, 2022.

PASSOS, R.G. **Na Mira do Fuzil: A saúde mental das mulheres negras em questão.** 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2023.

PAIVA, I.K.S., GUIMARAES, J. População em situação de rua e Rede de Atenção Psicossocial: na corda bamba do cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 32(4), 2022.

PEREIRA, G.O. A história das drogas e o Serviço Social. ANAIS: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2016. Disponível em: https://cbas2016.bonino.com.br/ Acesso em: 26 de set. 2025.

PETUCO, D. As três ondas da Redução de Danos no Brasil. **Boletim Instituto de Saúde - Bis**. 21(2), p. 94-103, 2020.

PRATES, J.C.; PRATES, F.C.; MACHADO, S. População em situação de rua: os processos de exclusão e inclusão precária vivenciadas por esse segmento. **Temporalis**. Brasilia (DF). 11(22), p. 191-215, 2011.

PRATES, J.C., NUNES, R.S.; BULLA, L.C. As refrações da questão social expressas nos processos de rualização no Brasil. *In:* NUNES, N.R.A.; SENNA, M.C.M.; CINACCHI, G.B. **População em Situação de Rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais**. 1ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2022.

PRUDENCIO, J.D.L; THEODORO,L.S.; BAQUEIRO, V.L.O. Comunidades terapêuticas: a construção de uma política manicomial e proibicionista. **Argumentum**. Vitória. 15(3), p. 141-155, 2023.

RIBEIRO, F.M.L.; MINAYO, M.C.S. As comunidades terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface: comunicação saúde e educação**. Botucatu, 19(54), p.515-526, 2015.

ROTELLI, F.; LEONARDIS,O.; MAURI, D. NICÁCIO, F. (Org). Desisntitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

SANTOS,T.B.G, MELO, L.S.; GASPARDO, M. Redução de Danos e População em Situação de rua em Franca: cachimbos e latas, **Revista sobre acesso à justiça e direitos nas Américas**. Brasilia, 4(2), p.56-78, 2020.

SANTOS, E. T. A.; SARRETA, F. O. A Saúde da População em situação de rua: a atuação do Consultório na Rua no contexto da pandemia. In: **Anais do 17º Congresso Paulista de Saúde Pública**. 2021.

SANTOS, E.T.A.; SARRETA, F.O. População em Situação de Rua na pandemia: desdobramentos da crise do capital. **SER Social**. Brasília (DF), 25(51), p. 364-384. 2022.

SANTOS, E.T.A. SARRETA, F.O., GUILHERME B.C.O. A cor das ruas: o racismo e a população em situação de rua no Brasil. **PerCursos**. Florianópolis, 24(0304), p. 01-21, 2023.

SARRETA, F.O.; BISCO, G.F.B.; BRENTINI, D.C.S. Expressões contemporâneas do direito à saúde: desafios e resistências para a sua reafirmação. **Serviço Social e Revista**, Londrina, 24(2), p. 525-546, 2021.

SCHLICHTING, M.S., MARIN, C.T., PAIM, M.B., CAMPOS, D.A., MAYER, A.B. Atuação na Atenção Primária a Saúde sobre a população em situação de rua no Brasil: uma revisão de escopo. **Physis**, Rio de Janeiro, 35(2), p.1-20, 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE. DEPTO REGIONAL DE SAÚDE DE FRANCA – DRS VIII. **Plano de Ação Regional – Rede de Atenção Psicossocial – Região de Saúde Alta Anhanguera.** Franca, 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE. DEPTO REGIONAL DE SAÚDE DE FRANCA – DRS VIII. **Plano de Ação Regional – Rede de Atenção Psicossocial – Região de Saúde Alta Mogiana.** Franca, 2013.

SICARI, A.A.; ZANELLA, A.V. Pessoas em situação de rua: revisão sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 38(4), p. 662-679, 2018.

SILVA, J.A.G. Histórias, lutas e desafios da organização do Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). **Revista Em Pauta**, Rio de Janeiro, 51(21), p. 169-182, 2023.

SILVA, M.L.L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil.** 1ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

SILVA, M.L.P.; SANTOS, R.M.S.; FRANÇA, R.M.S. O fenômeno da situação de rua e as desigualdades históricas e socialmente construídas no Brasil. *In:* FRANÇA, R.M.S.; COSTA, T.C.M. (orgs) **População em situação de rua e questão social no Brasil: contribuições ao debate.** Teresina: EDUFPI, p. 19-36, 2023

SOUZA, D.O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 137, p. 174-191, 2020.

TIENGO, V.M. População em Situação de Rua e o trabalho precarizado *In:* FRANÇA, R.M.S.; COSTA, T.C.M. (orgs) **População em situação de rua e questão social no Brasil: contribuições ao debate.** Teresina: EDUFPI, p.145-172, 2023.

TOFANI, L.F.N; FURTADO, L.A.C.; GUIMARÃES, C.F.; FELICIANO, D.G.C.F.; SILVA, G.R.; BRAGAGNOLO, L.M.; ANDREAZZA, R.; CHIORO, A. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva.** 26(10), 4769-4782, 2021.

WIKJ L. B.; MANGIA, E. F. Atenção Psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 24(9): 3357-3368, 2019.

VASCONCELOS, E.M. Impasses políticos atuais do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e propostas de enfrentamento: se não nos transformarmos, o risco é a fragmentação e a dispersão política! **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental.** Rio de Janeiro. 4(8): 57-67, 2012.

APÊNDICE 1

FORMULÁRIO DA ENTREVISTA EM QUESTIONÁRIO

1. Qual a sua profissão?

( ) Agente Comunitário de Saúde

( ) Agente Redutor de Danos

( ) Assistente social

( ) Auxiliar de Saúde

( ) Enfermeiro(a)

( ) Fonoaudiólogo(a)

( ) Médico(a)

( ) Odontologista

( ) Psicólogo(a)

( ) Recepcionista

( ) Terapeuta Ocupacional

( ) Técnico de Enfermagem

( ) Técnico de Saúde Bucal

( ) Outro: _____

2. Qual o seu local de trabalho?

( ) Unidade Básica de Saúde

( ) Estratégia de Saúde da Família

( ) Consultório na Rua

( ) CAPS-III

( ) CAPS-ad III

( ) Ambulatório de Saúde Mental

( ) Ambulatório de Saúde Mental Infantil

( ) UPA

( ) Pronto-Socorro Adulto

( ) Pronto-Socorro Infantil

( ) Comunidade Terapêutica

( ) Hospital Psiquiátrico

( ) Outro: _____

3. No seu local de trabalho, você já atendeu uma pessoa em situação de rua?

( ) Sim, diariamente

( ) Sim, as vezes

( ) Raramente

( ) Nunca atendi

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

4. No atendimento para as pessoas em situação de rua, você realiza:

( ) Presta alguma informação pontual

( ) Orientação

( ) Acolhimento

( ) Agendamentos de consultas

( ) Encaminhamentos

( ) Nunca atendi pessoas em situação de rua

( ) Outro: _____

5. No seu local de trabalho, as Pessoas em Situação de Rua:

( ) Frequentam todos os dias

( ) Comparecem pontualmente

( ) São difíceis em aderir aos protocolos

( ) Não comparecem aos atendimentos agendados

( ) Não são atendidos

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

6. No seu local de trabalho, a População em Situação de Rua atendida é composta por:

( ) Crianças

( ) Adolescentes

( ) Idosos

( ) Mulheres cis

( ) Mulheres trans

( ) Homens cis

( ) Homens trans

( ) Pessoas não-binárias

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

7. Quanto a raça/cor, a População em Situação de Rua atendida é majoritariamente composta por pessoas:

( ) Pretas

( ) Pardas

( ) Brancas

( ) Amarelas

( ) Não sei informar

8. Na sua opinião e experiência, o que a Pessoa em Situação de Rua busca quando procura o serviço onde você trabalha?

( ) Informação

( ) Orientação sobre os serviços

( ) Acolhimento

( ) Necessidades básicas: higiene, alimentação e sono

( ) Cuidado sobre o uso de substâncias

( ) Cuidados em relação a sintomas de abstinência

( ) Um diagnóstico

( ) Receita de medicação

( ) Internação

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

9. Quais os principais problemas de saúde referidos pelas Pessoas em Situação de Rua atendidas no seu serviço? Selecione até 5 itens.

( ) Feridas

( ) Alergias na pele

( ) Infecções Sexualmente Transmissíveis, como Sífilis, Aids e Hepatites

( ) Gravidez

( ) Pré-Natal

( ) Doenças Crônicas

( ) Diabetes

( ) Hipertensão

( ) Doenças Cardíacas

( ) Problemas Respiratórios

( ) Bronquite, Asma e outras

( ) Tuberculose

( ) Saúde Bucal

( ) Problemas gastrointestinais

( ) Prejuízos decorrentes do uso de álcool e drogas

( ) Síndrome de Abstinência

( ) Prejuízos de saúde mental

( ) Acidente de Trânsitos

( ) Quedas

( ) Agressões físicas

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

10. Você já atendeu Pessoas em Situação de Rua com (selecione até 3 itens):

( ) Depressão

( ) Ansiedade

( ) Tentativas de suicídio

( ) Episódio psicótico

( ) Esquizofrenia

( ) Demências

( ) Transtorno afetivo bipolar

( ) Transtorno de personalidade

( ) Transtorno mental decorrentes do uso de substâncias

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

11. Na sua opinião, o que leva as pessoas para a situação de rua? Selecione até 3 itens.

( ) Pobreza

( ) Vínculos familiares rompidos

( ) Falta de moradia

( ) Desemprego

( ) Violências familiares e de relacionamentos

( ) Uso de substâncias, como álcool e/ou drogas

( ) Saída do sistema penitenciário

( ) Mudança de município

( ) Trecheiros (viajantes de cidade em cidade)

( ) Não sei opinar

( ) Outro: _____

12. Na sua opinião e experiência, as pessoas em situação de rua sofrem preconceito devido a (selecione até 3 itens):

( ) Não ter uma moradia fixa

( ) Sexualidade e/ou gênero

( ) Raça/cor

( ) Condição de higiene e cheiro

( ) Roupas maltrapilhas

( ) Problemas de saúde

( ) Não sofrem preconceito

( ) Não sei opinar

( ) Outro: _____

13. No seu local de trabalho, o cuidado em saúde mental é realizado através de:

( ) Atendimento individual

( ) Grupo terapêutico

( ) Grupos de educação em saúde

( ) Grupos com familiares

( ) Campanhas, como o Janeiro Branco e o Setembro Amarelo

( ) Prescrição de medicamento

( ) Internação

( ) Estratégias de redução de danos (distribuição de insumos, educação para um uso de substâncias com menor risco)

( ) Arteterapia

( ) Psicodrama

( ) Assembleias com os usuários do serviço

( ) Esclarecimento sobre os direitos da pessoa

( ) Encaminhamento para outros serviços da rede

( ) Atendimento com psiquiatra

( ) Atendimento com médico clínico com formação em psiquiatria

( ) Atendimentos multiprofissionais

( ) Atendimento junto com outros serviços da rede

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

14. Quando a pessoa chega alcoolizada ou sob efeito de substâncias:

( ) Não é realizado o atendimento de pessoas sob efeito de substâncias

( ) A pessoa não pode entrar no serviço sob efeito de substâncias

( ) É realizado acolhimento

( ) São aferidos os sinais vitais

( ) É feita medicação, se necessário

( ) É acionado SAMU, se necessário

( ) Após o atendimento, é agendado consulta médica

( ) É realizado o encaminhamento para o CAPS-ad

( ) É realizado o encaminhamento para o Consultório na Rua

( ) Encaminhado para internação, caso necessário

( ) Realizada orientações de Redução de Danos (orientações sobre sono e alimentação, por exemplo)

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

15. Como é a organização da sua equipe?

( ) São realizadas reuniões periódicas

( ) São realizadas reuniões quando é possível

( ) São realizadas reuniões para discussão de casos

( ) Não são realizadas reuniões de equipe

( ) Há pouca interação da equipe e cada um faz o seu trabalho individualmente

( ) Todos os profissionais interagem e trabalham juntos

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

16. Você já participou de capacitação e formação sobre a Saúde Mental oferecidas pela gestão/administração do seu local de trabalho?

( ) Palestras

( ) Cursos

( ) Eventos

( ) Reuniões

( ) Conferências de saúde

( ) Nunca participei

( ) Outro: _____

17. Com que frequência essa capacitação/formação ocorre?

( ) Anual

( ) Semestral

( ) Mensal

( ) Quando solicitado

( ) Nunca fui convidada (o)

( ) Não acontece

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

18. Você já participou de capacitação e formação sobre a População em Situação de Rua oferecidas pela gestão/administração do seu local de trabalho?

( ) Palestras

( ) Cursos

( ) Eventos

( ) Reuniões

( ) Conferências de saúde

( ) Nunca participei

( ) Outro: _____

19. As discussões de caso entre os serviços são realizadas:

( ) No espaço do matriacimento ou apoio matricial

( ) Em espaços de reunião entre os serviços

( ) Somente entre as coordenações dos serviços

( ) Somente de maneira informal no cotidiano (ligação ou mensagem)

( ) Não são realizadas discussões de casos

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

20. Sobre o PTS - Projeto Terapêutico Singular com a pessoa em situação de rua:

( ) É realizado quando ela é acolhida, em atendimento individual

( ) É realizado, mas não é formalizado em um documento

( ) É realizado, mas nem sempre a pessoa está presente

( ) É realizado em reunião com outros serviços e com a pessoa

( ) É realizado em reunião com outros serviços e sem a pessoa

( ) É realizado em reunião de matriciamento

( ) Não é realizado com a pessoa

( ) Não é realizado PTS

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

21. Você atua no território da rua?

( ) Trabalho na rua diretamente com a População em Situação de Rua

( ) Frequentemente são realizados atendimentos na rua

( ) Quando há necessidade, em alguma situação específica

( ) Busca ativa quando a pessoa não comparece ao serviço

( ) Atividades coletivas esporádicas em locais públicos, como praças

( ) Atividades em outros serviços que atende a PSR, como Abrigo, Centro-Pop

( ) Não é realizado atendimento na rua

( ) Não sei informar

( ) Outro: _____

22. Na sua opinião e experiência, o que seria prioridade no atendimento com a População em Situação de Rua? Escolha até 3 opções.

( ) Saída das ruas, como ir para uma moradia, abrigos

( ) Proteção das vulnerabilidades sofridas, como de alimentação, higiene e sono

( ) Proteção das violências sofridas, como física, verbal

( ) Amenizar o uso problemático e/ou dependência de substâncias

( ) Cessar e/ou o uso de substâncias

( ) Acesso ao trabalho e renda

( ) Acesso a educação e profissionalização

( ) Reatar vínculos com sua rede familiar e social

( ) A educação e apoio sobre seus direitos enquanto cidadão

( ) Fortalecer a pessoa para melhorar a própria vida e saúde

( ) Fortalecer a pessoa para tomar decisões com autonomia e liberdade

( ) Não sei opinar

( ) Outro: _____

23. No seu local de trabalho, é realizado contato e/ou articulação junto aos movimentos sociais?

( ) Movimentos da População em Situação de Rua

( ) Movimentos da luta antimanicomial

( ) Movimentos antiproibicionistas, Redução de Dano

( ) Movimentos Negros

( ) Movimentos LGBTQI+

( ) Movimentos de Cultura

( ) Movimentos de Pessoas com Deficiência

( ) Associação de bairro

( ) Sindicatos, movimentos de trabalhadores

( ) Não há contato com movimentos sociais

( ) Outro: _____

24. Você pode falar o que significa Saúde Mental para você?

25. Para você, qual a relação entre Saúde Mental e a Pessoa em Situação de Rua?

Agradeço a paciência para chegar até aqui e a sua colaboração em responder esta pesquisa!

Esse espaço é para suas opiniões, sentimentos, sugestões.

Muito obrigada!

APÊNDICE 2

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA "JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa que compõe o projeto de mestrado: "SAÚDE MENTAL NAS RUAS: a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)" . Por favor, leia este documento com atenção antes de assiná-lo.

O objetivo da pesquisa é analisar como são realizadas as práticas de cuidado em saúde mental à População em Situação de Rua (PSR) na RAPS e tem como pressuposto que a - saúde mental e a população em situação de rua - são fenômenos sociais complexos que possuem determinações sociais próprias do contexto atual da sociedade.

O crescimento da PSR é um fenômeno que vem ganhando os noticiários, as redes sociais, as políticas públicas e aumentando as diversas formas de reações, inclusive violentas, da população em geral. A PSR é um fenômeno complexo e que, nem sempre, terá como fim, a 'saída da rua'. É constituída por um grupo de pessoas diversas e que, como cidadãos, devem acessar as várias políticas públicas, inclusive como forma de amenizar os vários prejuízos decorrentes da vida nas ruas. Assim, a PSR deve ser cuidada na RAPS como qualquer outra pessoa, e como esse cuidado está acontecendo? Essa é a principal pergunta desta pesquisa.

O procedimento adotado para realização da pesquisa será a aplicação de um questionário estruturado com questões de múltipla escolha que nos permitirá levantar dados sobre a composição da RAPS, o acesso da PSR na rede e qual conceito de saúde mental orienta as práticas das trabalhadoras/es. O universo da pesquisa será extraído das/os trabalhadoras/es da RAPS do município de Franca.

Toda pesquisa com seres humano pode envolver algum risco aos participantes. No nosso estudo os possíveis riscos e desconfortos são: **a possibilidade de impactos para a subjetividade dos sujeitos, considerando a temática abordada; e mesmo com o comprometimento desta pesquisadora de que a identidade das/dos participantes não será exposta, é preciso considerar o risco a partir da socialização dos dados coletados.**

Contudo, esta pesquisa também pode trazer benefícios. Os possíveis benefícios resultantes da participação na pesquisa são: os dados coletados por meio desta pesquisa poderão contribuir para o processo de qualificação da atuação profissional de cada

participante e a pesquisa poderá ser um diagnóstico para possíveis mudanças e contribuições em processos de trabalho da RAPS do município de Franca, podendo ser aliada no fortalecimento da política de saúde.

Caso o(a) Sr.(a) decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento durante a pesquisa, não haverá nenhum prejuízo e não acarretará nenhuma penalidade trabalhista, dado que sua identidade estará protegida pelo sigilo da pesquisa.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Sua participação não terá nenhum custo ou qualquer vantagem financeira.

Caso o (a) Sr.(a) tenha alguma dúvida ou necessite de qualquer esclarecimento ou ainda deseje retirar-se da pesquisa, por favor, entre em contato com os pesquisadores abaixo a qualquer tempo.

Pesquisadora Responsável – Natália Amaral Antunes, tel/whatsapp: (16) 98125-8834, e-mail: natalia.a.antunes@unesp.br

Orientadora – Fernanda de Oliveira Sarreta. Contato: e-mail: fersarreta2009@yahoo.com.br

Também em caso de dúvida, o(a) Senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filhos" - UNESP - Franca. O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) busca defender os interesses dos participantes de pesquisa. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESP Franca está localizado à Av. Eufrásia Monteiro Petráglia, 900, Bloco I, Adminstração I, Sala nº 15, CEP 14409-160 - Franca / SP. e-mail: comiteetica.franca@unesp.br. Telefone: (16) 3706.8823. Horário de atendimento: das 09h30 às 11h30 e 14h30 às 18h30 de segunda-feira a sexta-feira.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos dados, sua identidade será mantida em sigilo absoluto, bem como em todas fases da pesquisa.

As pesquisadoras tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 e Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Franca, _____ de _____ de 2025.

APÊNDICE 3

Ofício enviado à Secretaria Municipal de Saúde com autorização/assinatura da secretária

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Campus de Franca

Franca, 27 de fevereiro de 2025.

Prezada,
Dra. Waléria Souza de Mascarenhas
Secretária Municipal de Saúde de Franca/SP

Venho, por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UNESP de Franca/SP.

A pesquisa de mestrado em desenvolvimento, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta, tem como título "SAÚDE MENTAL NAS RUAS: a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)" e seu objetivo é analisar como são as práticas de cuidado em saúde mental voltadas para a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial no município de Franca.

Para a compreensão dessa realidade, é proposta uma coleta de dados em campo através de entrevista em formato de questionário estruturado, composto por questões fechadas, em formulário que será enviado de maneira online, por e-mail ou Whatsapp, conforme a facilidade dos participantes. A pesquisa tem como participantes as/os trabalhadoras/es de nível superior e de nível médio de toda a RAPS do município, em seus diferentes pontos de atenção, conforme descrito no projeto em anexo. Será enviado junto com o formulário online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo confidencialidade das informações, privacidade e proteção da identidade dos participantes.

Agradeço o apoio e me coloco à disposição para maiores informações.
Atenciosamente,

Waléria Souza de Mascarenhas
Secretária de Saúde
Município de Franca

gov.br
Documento assinado digitalmente
NATALIA AMARAL ANTUNES
Data: 27/02/2025 18:08:42 -0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Natália Amaral Antunes
Discente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
CPF 393.264.358-57

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - FCHS - Campus de Franca
Av. Eufrásia Monteiro Petrágia nº 900 - Jardim Dr. Antônio Petrágia - CEP: 14409-160 - Franca - São Paulo - Brasil
Fone: (16) 3706-8700 - CNPJ: 48.031.918/0007-15

APÊNDICE 4

Ofício enviado à Fundação Espírita Allan Kardec



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Campus de Franca

FCHS 60 ANOS Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Câmpus de Franca

Franca, 10 de março de 2025.

Prezado,
Sr. João Roberto Abraão
Diretor Administrativo da Fundação Allan Kardec

Venho, por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UNESP de Franca/SP.

A pesquisa de mestrado em desenvolvimento, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta, tem como título "SAÚDE MENTAL NAS RUAS: a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)" e seu objetivo é analisar como são as práticas de cuidado em saúde mental voltadas para a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial no município de Franca.

Para a compreensão dessa realidade, será proposta uma coleta de dados em campo através de questionário estruturado composto por questões fechadas, em formulário que será enviado de maneira online, por e-mail ou whatsapp, conforme a facilidade dos participantes. A pesquisa terá como participantes as/os trabalhadoras/es de nível superior e de nível médio de toda a RAPS do município, em seus diferentes pontos de atenção, conforme descrito no projeto em anexo, incluindo os CAPS-III Florescer, o CAPS-ad III Renascer, bem como o Hospital Allan Kardec. Será enviado junto com o formulário online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo confidencialidade das informações, privacidade e proteção da identidade dos participantes.

Agradeço o apoio e me coloco à disposição para maiores informações.

Atenciosamente,

Natália Amaral Antunes
Discente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
CPF 393.264.358-57

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - FCHS - Campus de Franca
Av. Eufrásia Monteiro Petráglia nº 900 - Jardim Dr. Antônio Petráglia - CEP.14409-160 - Franca - São Paulo - Brasil
Fone: (16) 3706-8700 - CNPJ. 48.031.918/0007-10

APÊNDICE 5

Ofício enviado à Comunidade Terapêutica DCNOVI

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Campus de Franca

Franca, 15 de maio de 2025.

Prezada,
Sra. Josiane Pereira da Silva Carlos
Coordenadora da Comunidade Terapêutica DCNOVI

Venho, por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UNESP de Franca/SP.

A pesquisa de mestrado em desenvolvimento, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta, tem como título "SAÚDE MENTAL NAS RUAS: a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)" e seu objetivo é analisar como são as práticas de cuidado em saúde mental voltadas para a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial no município de Franca.

Para a compreensão dessa realidade, será proposta uma coleta de dados em campo através de questionário estruturado composto por questões fechadas, em formulário que será enviado de maneira online, por e-mail ou whatsapp, conforme a facilidade dos participantes. A pesquisa terá como participantes as/os trabalhadoras/es de nível superior e de nível médio de toda a RAPS do município, em seus diferentes pontos de atenção, conforme descrito no projeto em anexo. Será enviado junto com o formulário online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo confidencialidade das informações, privacidade e proteção da identidade dos participantes.

Agradeço o apoio e me coloco à disposição para mais informações.

Atenciosamente,

gov.br Documento assinado digitalmente
NATALIA AMARAL ANTUNES
Data: 15/05/2025 08:30:14-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Natália Amaral Antunes
Discente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
CPF 393.264.358-57

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - FCHS - Campus de Franca
Av. Eufrásia Monteiro Petráglia nº 900 - Jardim Dr. Antônio Petráglia - CEP 14409-160 - Franca - São Paulo - Brasil
Fone: (16) 3706-8700 - CNPJ. 48.031.918/0007-10

APÊNDICE 6

Ofício enviado à Comunidade Terapêutica NAREV



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Campus de Franca

FCHS 60 ANOS Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Câmpus de Franca

Franca, 20 de maio de 2025.

Prezado,
Sra. Adriana Cristina de Alcântara Dau
Assistente Social da Comunidade Terapêutica NAREV

Venho, por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UNESP de Franca/SP.

A pesquisa de mestrado em desenvolvimento, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta, tem como título "SAÚDE MENTAL NAS RUAS: a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)" e seu objetivo é analisar como são as práticas de cuidado em saúde mental voltadas para a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial no município de Franca.

Para a compreensão dessa realidade, será proposta uma coleta de dados em campo através de questionário estruturado composto por questões fechadas, em formulário que será enviado de maneira online, por e-mail ou whatsapp, conforme a facilidade dos participantes. A pesquisa terá como participantes as/os trabalhadoras/es de nível superior e de nível médio de toda a RAPS do município, em seus diferentes pontos de atenção, conforme descrito no projeto em anexo. Será enviado junto com o formulário online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo confidencialidade das informações, privacidade e proteção da identidade dos participantes.

Agradeço o apoio e me coloco à disposição para maiores informações.

Atenciosamente,

gov.br Documento assinado digitalmente
NATALIA AMARAL ANTUNES
Data: 20/05/2025 19:40:42-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Natália Amaral Antunes
Discente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
CPF 393.264.358-57

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - FCHS - Campus de Franca
Av. Eufrásia Monteiro Petráglia nº 900 - Jardim Dr. Antônio Petráglia - CEP 14409-160 - Franca - São Paulo - Brasil
Fone: (16) 3706-8700 - CNPJ. 48.031.918/0007-10

APÊNDICE 7

Ofício enviado ao CAPS III Florescer



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Campus de Franca

FCHS 60 ANOS Faculdade de Ciências Humanas e Sociais Câmpus de Franca

Franca, 03 de junho de 2025.

Prezado,
Sra. Eliane Matheus Bonfante
Gestora do CAPS III Florescer

Venho, por meio deste, solicitar autorização para realização da pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, UNESP de Franca/SP.

A pesquisa de mestrado em desenvolvimento, sob orientação da Profa. Dra. Fernanda de Oliveira Sarreta, tem como título "SAÚDE MENTAL NAS RUAS: a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)" e seu objetivo é analisar como são as práticas de cuidado em saúde mental voltadas para a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial no município de Franca.

Para a compreensão dessa realidade, será proposta uma coleta de dados em campo através de questionário estruturado composto por questões fechadas, em formulário que será enviado de maneira online, por e-mail ou whatsapp, conforme a facilidade dos participantes. A pesquisa terá como participantes as/os trabalhadoras/es de nível superior e de nível médio de toda a RAPS do município, em seus diferentes pontos de atenção, conforme descrito no projeto em anexo, incluindo os CAPS-III Florescer. Será enviado junto com o formulário online, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo confidencialidade das informações, privacidade e proteção da identidade dos participantes.

Agradeço o apoio e me coloco à disposição para maiores informações.

Atenciosamente,

gov.br Documento assinado digitalmente
NATALIA AMARAL ANTUNES
Data: 03/06/2025 17:51:06-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Natália Amaral Antunes
Discente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social
CPF 393.264.358-57

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNESP-CAMPUS FRANCA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE MENTAL NAS RUAS: a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Pesquisador: NATALIA AMARAL ANTUNES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87205225.0.0000.5408

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais- Unesp - Campus de Franca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.467.190

Apresentação do Projeto:

O projeto foi apresentado de forma clara e concisa. Todos os elementos necessários para a compreensão da pesquisa, inclusive como se dará a pesquisa de campo, estão presentes. É um Projeto de Pesquisa relevante, contempla o disposto na Lei N.º 14.874/2024 e a Resolução CNS N.º 510 de 07 de abril de 2016.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa foi explicitado de forma clara e direta, a saber: Analisar como são realizadas as práticas de cuidado em saúde mental à PSR na RAPS, considerado os determinantes sociais que envolvem esse fenômeno, na realidade de Franca - SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os potenciais riscos foram bem considerados, em consonância com o disposto na Lei N.º 14.874/2024 e na Resolução CNS 510 de abril de 2016. Também foram apresentadas formas evitá-los e/ou para diminuir seus impactos. Os benefícios também foram suficientemente conjecturados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Como toda pesquisa bem fundamentada, a presente é relevante e apresenta de forma clara como se dará o contato com os participantes da pesquisa, ao todo 82 entrevistados. Foram apresentadas formas de evitar os riscos e/ou diminuir seus impactos.

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNESP-CAMPUS FRANCA

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória foram corretamente preenchidos e inseridos, conforme o disposto na Lei N.º 14.874/2024 e na Resolução CNS N.º 510 de 07 de abril de 2016 em seu Anexo II.

Recomendações:

Não há recomendações a serem feitas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conclui-se pela APROVAÇÃO do presente projeto de pesquisa. Não há pendências ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado ad referendum do colegiado pelo coordenador deste Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2517858.pdf	24/03/2025 14:56:40		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_assinada.pdf	24/03/2025 14:54:32	NATALIA AMARAL ANTUNES	Aceito
Cronograma	Cronograma_Natalia.pdf	20/03/2025 20:57:20	NATALIA AMARAL ANTUNES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Natalia_assinado_assinado.pdf	20/03/2025 20:31:51	NATALIA AMARAL ANTUNES	Aceito
Outros	Questionario_Saude_Mental.pdf	20/03/2025 14:50:35	NATALIA AMARAL ANTUNES	Aceito
Outros	Oficio_Secretaria_Saude_Natalia_Antunes_autorizado.pdf	20/03/2025 14:46:48	NATALIA AMARAL ANTUNES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_MESTRADO_Natalia_Antunes.pdf	20/03/2025 14:38:59	NATALIA AMARAL ANTUNES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNESP-CAMPUS FRANCA

Continuação do Parecer: 7.467.190

FRANCA, 26 de Março de 2025

Assinado por:
José Fernando Siqueira da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Eufrasia Monteiro Petraglia, 900 bloco I sala 16
Bairro: Jd. Antonio Petraglia **CEP:** 14.409-160
UF: SP **Município:** FRANCA
Telefone: (16)3706-8723 **Fax:** (16)3706-8806 **E-mail:** comiteetica.franca@unesp.br

ANEXO B

E-mail autorizando a coleta na Fundação Espírita Allan Kardec



joao.roberto@kardec.org.br
para fernando.miguel, Eliane, alessandra.salatine, mim

ter., 11 de mar., 09:00

Bom dia Natália!

Havendo concordância da Secretaria Municipal de Saúde, de nossa parte autorizamos a coleta de dados para a pesquisa acadêmica.

As pessoas de contato nos respectivos serviços de saúde mental sob gestão da FEAK, são:

a) CAPS AD III Renascer: Fernando Miguel (e-mail em cópia);
b) CAPS III Florescer: Eliane Bonfante (e-mail em cópia);
c) Hospital Allan Kardec: Alessandra Salatine (e-mail em cópia).

Grato,

Atenciosamente,

João Roberto Abrão | Diretor Administrativo
Telefone: (16) 2103-3002 | Ramal 3002

ALLAN KARDEC fundação
KARDEC.ORG.BR
RUA JOSÉ MARQUES GARCIA - 675
CIDADE NOVA - FRANCA, SP 14.401-080
(16) 2103-3000

ANEXO C

Autorização de coleta da Comunidade Terapêutica DCNOVI

DCNOVI

DESAFIO CRISTÃO NOVA VIDA

Perto está o Senhor dos que têm o coração quebrantado, e salvo os contritos de espírito. Sl. 34:18

Franca 15 de maio de 2025.

Prezada,
Sra. Natália Amaral Antunes,
Discente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Em resposta à solicitação, autorizamos a participação da Comunidade Terapêutica DCNOVI na referida pesquisa *"SAÚDE MENTAL NAS RUAS: a População em Situação de Rua na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)"*, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UNESP/Franca.

Estamos cientes dos procedimentos descritos, bem como do envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo a ética e a confidencialidade das informações.

Nos colocamos à disposição para contribuir com o desenvolvimento do trabalho e desejamos êxito na condução da pesquisa.

Atenciosamente,

gov.br Documento assinado digitalmente
JOSIANE PEREIRA DA SILVA CARLOS
Data: 15/05/2025 10:09:38-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Josiane Pereira da Silva Carlos
Coordenadora
Comunidade Terapêutica
Desafio Cristão Nova Vida - DCNOVI