Psicologia.pt
ISSN 1646-6977
Documento publicado em 17.09.2019

A RELAÇÃO ENTRE OS TRANSTORNOS MENTAIS E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

Trabalho final de conclusão de curso com vistas à obtenção de titulação a bacharelado em Psicologia.

2018

Alan Ferreira dos Santos
Graduando de Psicologia na Universidade Paulista (UNIP), Brasil

E-mail de contato:
alanfs1995@gmail.com

RESUMO

O objetivo desse estudo foi compreender às relações entre os transtornos mentais e a população em situação de rua. Para isto empreendeu-se uma investigação do perfil demográfico, econômico e social das crianças-adolescentes e adultos nessa condição. Fez-se um exame da configuração familiar, intentou-se identificar a etiologia do tornar-se sem moradia, analisou-se os processos de gênese dos distúrbios mentais e buscou-se compreender a dinâmica do adoecimento psicológico dessas pessoas. Além disso, fez-se um levantamento da Epidemiologia dos Transtornos Mentais. Confirmou-se o fato de que o ambiente doméstico violento, à dependência química e o processo migratório são processos atuantes no desenvolvimento dos distúrbios mentais. A predisposição genética e o ambiente familiar dentro do escopo das características socioambientais e psicodinâmicas influenciam a ida às ruas, como também o adoecimento. A condição socioeconômica e histórica-política também exerce sua carga de determinação. Esse estudo nos seus dados e minúcias, mais do que mostrou que as causas de estar na rua englobam os elementos, desde de questões econômicas – *de migração de populações de regiões com uma circulação de economia menos efetiva* - até desajustes comportamentais, indo até – além – à desajustes neuropsicológicos consequênciados pelo precário desenvolvimento neuro-embriológico. Por fim, reclama mostrar *que a rua é complexa e por isso mesmo é que merece um olhar complexo e abrangente.*

Palavras-chave: Transtornos mentais e a população em situação de rua, psicopatologia e a população em situação de rua, transtornos mentais e às pessoas em situação de rua, psicopatologia e às pessoas em situação de rua.

Copyright © 2019.
This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License 4.0.
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

O PERFIL DEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E SOCIAL DA POPULAÇÃO ADULTA (18 ANOS ADIANTE).

Os estudos de estimativa da quantidade de pessoas em situação de rua são feitos com base nos indivíduos com mais de dezoito anos. Estima-se que existam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil (NATALINO, 2016). Em 2008, o Ministério do Desenvolvimento Social publicou a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua e foi identificado nas 71 cidades em que foi realizada, 31.922 pessoas adultas em situação de rua (EXECUTIVO, 2008). Nesse estudo não foi quantificado os munícipios de São Paulo, Recife, Belo Horizonte e Brasília. Não obstante, declarou-se na época uma estimativa de 50 mil pessoas em situação de rua no Brasil, depois de 7 anos a quantidade dobrou (NATALINO, 2016).

Essa pesquisa – 2008 - revelou o perfil sociodemográfico e econômico das pessoas em situação de rua, sendo predominantemente composto por homens (82%) e a maior parte sendo negros (67%). Uma quantidade razoável produz alguma atividade remunerada (70%). Os principais motivos que os levaram à situação de rua foram: desemprego (29,8%), conflitos familiares (29,1%) e alcoolismo/drogas (35,5%) (EXECUTIVO, 2008).

O Censo da População em Situação de Rua na Cidade de São Paulo (2015) identificou a quantidade de 15.905 pessoas em situação de rua.

O PERFIL DEMOGRÁFICO, ECONÔMICO E SOCIAL DA POPULAÇÃO CRIANÇA-ADOLESCENTE (18 ANOS MENOS).

Em 2010, a Secretária dos Direitos Humanos e o de Desenvolvimento Sustentável realizaram a pesquisa sobre as Crianças e Adolescentes em Situação de Rua (2011). A pesquisa identificou

23.973 crianças e adolescentes em situação de rua, a maioria são meninos/adolescentes (71,8%) e em relação ao recorte raça/cor vemos que 49,2% são pardas e 23,6% negras, enquanto 23,8 brancas. Dessas crianças 60,5% pernoitam nas ruas, mas mantém os vínculos familiares, o restante continua em suas residências, mas vivem o cotidiano no espaço público.

A faixa etária é de 12 a 15 anos (45,13%). Do total das crianças, 55,5% consideram a relação com os pais positiva, já 16,1% considera ruim, 5,7% péssima e 18,0 não tem relacionamento e 4,7 não respondeu ao questionário.

Sobre os motivos de ida para a rua 1/³ do total das crianças responderam: brigas verbais com pais/irmãos (32,2%); violência doméstica (30,6); alcoolismo e drogas (30,4); busca de liberdade (22,8%); perda de moradia pela família (13,2); violência/abuso sexual (8,8); perda do emprego do mantenedor da família (6,6%); trabalho próprio ou sustento da família (5,3%); conflitos na vizinhança/brigas de grupos rivais (4,9); tratamento de saúde física ou mental (1,2%).

Mais de 65% exercem atividade remunerada, entre elas são: vendedor de balas, chocolates, frutas, refrigerantes, sorvetes - (39,4%); o cuidado de automóveis com lavagem de veículos e limpa vidros em semáforos (19,7%); a separação no lixo material reciclável (16,6%); e a atividade de engraxate (4,1%). Os dados demonstram que essas crianças buscam alguma forma de renda.

Existe nas ruas crianças com idade inferior a 3 anos (1,47). Contabilizou-se um total de 96 famílias de ruas.

OS TRANSTORNOS MENTAIS E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

As relações entre transtornos mentais e moradores de rua convergem quando se percebe que um número significativo de pessoas aparenta ter sintomas correspondentes às das patologias mentais. Um estudo aponta que mais de 50% da população em situação de rua apresentam sinais de depressão (CARNEIRO JUNIOR, 1998). Outro dado nos revela a utilização de psicotrópicos e este sendo patogênico em sua utilização ocasionando morbidades como psicose e esquizofrenia (AGUIAR; IRIART, 2012).

Uma parte dessa população se encontra em estado senil com baixo ânimo e este refletindo em sua saúde mental. Existe também a faixa etária das crianças que por estar na rua passa por restrições no seu desenvolvimento psicológico (RIBEIRO, 2003; HUTZ; KOLLER, 1997). Elementos sobre o processo dinâmico do adoecimento foram evidenciados como as dimensões da resiliência e os focos transgressores (PALUDO; KOLLER, 2005; AMPARO; BRASIL, 1998).

Vislumbrou-se que a utilização de algumas substâncias psicoativas pode estar relacionada com a ausência da internalização de propriedades da função paterna (LIMA et al, 2013). O uso

compulsivo de substâncias psicoativas é uma característica manifesta (SILVEIRA & RODRIGUES, 2013; SANTOS et al, 2013). Padrões de utilização de álcool comparecem na população (BOTTI et al, 2010). Crianças e adolescentes fazem uso de psicotrópicos (MONTEIRO, 2009). Viu-se que existe a necessidades de escuta qualificada como meio de suporte para o desamparo dos indivíduos (TILIO; OLIVEIRA, 2016).

Portanto, a relação entre população em situação de rua e saúde mental é perceptível (DA CRUZ, 2010). Existe uma plêiade de transtornos mentais a serem estudados a começar pelo os estudos de Belo Horizontes na onde identificou-se 245 indivíduos com problemas psiquiátricos (BOTTIL, 2009). O comprometimento no valor e poder pessoal é expressivo (ESMERALDO FILHO, 2012). Como também nos comportamentos sociais (LOVISI, 2000). A rua pode ser um espaço que abriga às rupturas que acontecem na família, dada que esta se encontra em condição de fragilidade, revelando fraquezas na coesão do grupo e dificuldades psicológicas para manutenção da estabilidade dos indivíduos (CANÔNICO, 2007).

EPIDEMIOLOGIA PSIQUIÁTRICA DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA.

No estudo de Easterbrooks & Graham (1999) apud Silveira & Blay (2010) sobre as mães adolescentes em situação de rua foi identificado de uma amostra em torno de 120-110 mães que dois terços (n=74) apresentavam sintomas depressivos graves para serem classificados como doenças clínicas. Em termos percentuais isso representa 60% da população estudada.

Em estudo feito por Heckert et al., (2001) em Juiz de Fora entre os 83 entrevistados apenas 1 não recebeu diagnóstico psiquiátrico. O critério de seleção das pessoas foi o período mínimo de 12 meses e que tivesse acima de 18 anos. A utilização de álcool (81,9%) e de outras substancias psicoativas (31,3%) encontrou-se ao lado de quadros psiquiátricos, como: os transtornos do humor e esquizofrenias (32,5% e 9,6% respectivamente), além de transtornos orgânicos (9,6%), transtornos neuróticos (8,4%) e outros.

Já no estudo de Botti et al., (2009) feito no Centro de Referência a População em Situação de Rua (CRPR) em Belo Horizonte. Os critérios de seleção foi a idade de 18 ou mais e a capacidade física e mental para responder as perguntas. Houve a participação de 245 usuários que frequentam o Centro de Referência e a escolha dos mesmos foi aleatória. Desses entrevistados 47,35% declararam ter problemas de saúde. Desse percentual 18,06% revelaram ter problemas psiquiátricos sendo a categoria com maior quantidade de sujeitos incluídos, logo em seguida os problemas respiratórios (16,67%) e os gastrointestinais/hepáticos (11,81%) e os neurológicos (9,72%). Dos 28,16% das pessoas que declararam utilizar medicamentos, a principal classe listada

foi dos psicofármacos com 43,24% de uso, sendo que as principais substancias químicas identificadas foram: os ansiolíticos, os antidepressivos, os antipsicóticos e os anticonvulsivantes.

Em um segundo estudo Botti et., (2010) - no mesmo Centro de Referência - tentou identificar a prevalência de depressão entre os moradores de rua. Para isso utilizou-se de uma escala de depressão (BDI – Beck Depression Inventory). A aplicação da escala foi feita com 245 homens. Desses foi identificado 26,9% com depressão leve, 24,5% com depressão moderada e 4,9% com depressão grave. Portanto, o quadro psiquiátrico deteve um porcentual de 56,3% da população estudada, taxa essa bem expressiva.

Em terceiro estudo Botti et al., (2010) tentou identificar a prevalência de transtornos mentais comuns nas pessoas em situação de rua. Utilizou-se do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMG) para suspeição de transtornos mentais comuns ou não-psicóticos. Após aplicação detectou-se das 245 pessoas 121 que corresponderam ao rastreamento positivo dos transtornos mentais comuns (TCM). A taxa percentual foi de 49,4% dos usuários com rastreamento positivo do TCM, sendo que 29,8% demonstrou humor depressivo/ansioso, 27,5% sintomas somáticos, 26,3% decréscimo de energia vital e 16,5% pensamentos depressivos.

Num quarto e último estudo de Botti et al., (2010) tentou compreender o padrão de uso de álcool por parte dos moradores de rua. Utilizou-se de uma escala psicométrica denominada de AUDIT (Alcohol use disorder identification test). A classificação nessa escala é de 4 níveis. Zona I, II, III e IV. O teste foi aplicado numa população de 245 pessoas. O resultado foi que:

(1) **Abstêmio:** representando > (17,55%).

(2) **Zona I: uso de baixo risco** – Padrão que não apresenta problemas consequentes do uso de álcool, representando > (21,22%).

(3) **Zona II: uso de risco** - Padrão que aumenta o risco de consequências perigosas para quem usa e para os que o cercam, ainda que não tenha acontecido nenhum dano, representando > (20%).

(4) **Zona III: uso nocivo** - Padrão que resulta em danos físicos, sociais e mentais para a saúde, representando > (9,80%).

(5) **Zona IV: provável dependência –** padrão que inclui desejo extremo de usar álcool, associado a dificuldades de controlar esse uso, apesar de evidencias negativas desse uso, aumento da tolerância ao álcool e reação de abstinência, apresentando > (31,43%).

Os dados demonstram como o álcool é fundamental no processo de rualização. Tendo diversas finalidades, como socialização e meio suportabilidade das circunstancias do espaço público. O elemento importante a ser visto é implicação psicodinâmica da utilização do álcool como também as complicações advindas de seu uso.

O Censo da População em Situação de Rua na Cidade de São Paulo (2015) identificou a quantidade de 15.905 pessoas em situação de rua, das que declararam problemas de saúde 30% se relacionavam com depressão e doença dos nervos, outras patologias clínicas comparecem, como doenças do aparelho digestivo (22,8%) e respiratórias (19,8%), que estão estritamente correlacionadas com doenças psicossomáticas, não sabe-se se esses diagnósticos são estritamente precisos, uma vez que necessitam de diagnósticos diferenciais. As dores crônicas (26,7%) têm forte componente psicológico envolvido. Nesse sentindo, além da própria doença psiquiátrica verificada, é imprescindível à verificação das doenças psicossomáticas, assim sendo o número de 30% poderia estar aumentando, caso houvesse o achado dessas enfermidades.

Segundo o estudo de Lovisi (2000) foi identificado na cidade do Rio de Janeiro em albergues uma quantidade de 77,1% de transtornos mentais dentro de uma faixa de 330 acolhidos. O autor diz que na literatura é vista a porcentagem relativa entre 15 a 30% de doenças mentais na população em situação de rua em geral, sugerindo que o seu percentual orbita em torno dessa quantidade média. Tal informação é replicada no Censo de São Paulo (2015) que entre às pessoas que declararam problemas de saúde, 30% se referiam à depressão e doença dos nervos.

CONFIGURAÇÃO FAMILIAR DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA.

O rompimento com a família é presente na vida dos moradores de rua, sendo o mais comum – em seu período de abrigo - situações de violência doméstica, sexual e moral (CANÔNICO, 2007). A ausência de carinho e amor é outro elemento encontrado (TILIO & OLIVEIRA, 2016). Junto a esse fato vê-se a predominância de padrões comportamentais – fuga de casa e uso abusivo de drogas - que são empregados por adolescentes como forma de reação à um contexto familiar caótico e desprovido de afetos de ternura.

O ambiente muitas vezes é constituído com base na falta de apoio e abusos (SILVEIRA; BLAY, 2010). A inexistência de trocas afetivas saudáveis e fundadas numa relação amorosa no período da infância é apontada, como também o abandono por parte das figuras parentais como os principais motivos de afastamento do lar (ALVAREZ; ROSENBURG, 1999).

O ambiente doméstico é relatado como sendo inóspito e não propício ao desenvolvimento pessoal, muitas vezes é pior do que a rua, sendo esse, uns dos fatores de não retorno à moradia (RIBEIRO, 2003).

Em suma, podemos ver como a família – das pessoas em situação de rua - não consegue manter-se enquanto apoio material e psíquico, sendo essa, uma das causas do sujeito em situação de rua (AMPARO; BRASIL, 1998).

GÊNESE DOS DISTÚRBIOS MENTAIS

Por causa da ociosidade, por não frequentarem a escola e nem desenvolverem atividades regulares, a orientação temporal das crianças e adolescentes torna-se dificultada, mais a utilização das drogas, têm-se como resultado uma noção do tempo relativamente prejudicada nas crianças de rua (RIBEIRO, 2003).

A criança em busca de satisfazer sua curiosidade, fantasias ou garantir alguma forma de dinheiro é induzida à produção de comportamentos ilícitos, usando drogas e participando de pequenos furtos (RIBEIRO, 2003).

Muitas vezes a utilização de substâncias psicoativas têm como intuito aplacar uma angústia relacionada as condições existenciais. O uso das substâncias permite um afastamento do ambiente perturbador por meio da alteração dos estados de consciência (MONTEIRO, 2009).

As drogas podem ser tanto motivadores para a situação de rua, como consequência e tática de suportabilidade do contexto (TILIO; OLIVEIRA, 2016).

As crianças em situação de rua apresentam alterações no desenvolvimento psicológico quando submetidas a estressores e a riscos, tornando-se propensas a apresentar sintomas e doenças de caráter mental (KOLLER et al., 1997; KOLLER, 1999).

A deficiência mental poderia estar sendo causada pelo uso abusivo das drogas (BORTOLI, 2016).

ETIOLOGIA DO ESTAR NA RUA

As causas de estar na rua tem em sua inerência uma base plural, não podendo ser compreendida por meio de perspectivas unilaterais. Os motivos que podem ser destacados são, (1) o uso de drogas pelos adultos (ALVAREZ; ROSENBURG, 1999; TILIO; OLIVEIRA, 2016); (2)

já nos adolescentes a busca por saúde psicológica dão origem ao ato, uma vez que buscam escapar dos fatores ambientais e psíquicos que se encontram no meio doméstico e que estão lhe causando danos físicos e psicológicos (BOTELHO et al, 2008; SILVEIRA; BLAY, 2010); (3) as crianças buscam a rua pelo fato do espaço doméstico ser hostil, para suprir carências socioeconômicas, por dificuldade de se integrarem em atividades escolares e por sofrerem restrições nos espaços institucionais: família, abrigo, albergue e escola (RIBEIRO, 2003); (4) problemas de saúde em geral, desemprego e uso de drogas ou esses fatores combinados ou isoladamente (BOTTI et al, 2009; BRASIL, 2008 apud SILVA; CRUZ; VARGAS, 2015; DE TILIO; VIDOTTO; GALEGO, 2015); (5) a violência no ambiente doméstico, incluindo aí, brigas verbais com pais e irmãos, violência física, violência e abuso sexual ou problemas familiares sendo, desavenças com esposas, mães, pais e padrastos (DE LIMA, 2013; TILIO; OLIVEIRA, 2016; BOTTI, 2010); (6) relações familiares fragilizadas (KUNZ, HECKERT; CARVALHO, 2014); (7) migrações regionais e a perda de contato com a família na terra de origem (SERAFINO; LUZ, 2015); (8) dificuldade de sustentação de papéis sociais ou justamente por ter uma casa, trabalho, família, escolaridade e uma vida regrada; dificuldades em alcançar realização pessoal ou por conta de uma existência psicologicamente custosa (FALCADE, 2014); (9) tráfico de drogas (VIDOTTO; GALEGO, 2015); (10) precariedade da dimensão sociofamiliar e do emprego (SERAFINO; LUZ, 2015); (11) para as mulheres a violência doméstica que por ser maior do que nas ruas, esta – a rua – acaba sendo vista como uma opção.

DINÂMICA DO ADOECIMENTO PSICOLÓGICO

O indivíduo em situação de rua por viver em espaços inóspitos - geralmente ligados ao comportamento de sobrevivência - muitas vezes tem suas necessidades psicológicas de ser acolhido negligenciadas, visto que o ambiente do espaço público não propicia de modo frequente esse cuidado. Essa necessidade pode ser omitida por meio do uso de substâncias psicoativas, que por seus efeitos psicotrópicos causam no organismo sensações agradáveis e que permite afastar às dolorosas decorrentes da percepção da ausência de gratificação das necessidades de ser cuidado (TILIO; OLIVEIRA, 2016).

As tribulações existentes no espaço público são capazes de desencadear a ruptura da sanidade psíquica nos indivíduos com predisposições. Mecanismos de adaptação às contingências ambientais estimulam o uso de drogas psicoativas, como o álcool e outras substâncias e que por sua vez ocasionam a emergência de vários quadros de transtorno mentais. Outra minoria busca a rua por conta de mecanismos de desajustes decorrentes da doença pré-existente (HECKERT, 2001).

Geralmente por conta dos "modos de viver" na rua, torna-se difícil para os indivíduos resistirem ao uso de determinadas drogas, como a cocaína (ALVAREZ; ROSENBURG, 1999).

As crianças nessa situação vivem constantemente à mercê da hostilidade e por sua vez da sensação de desamparo, visto que estão em contato frequente com a violência (RIBEIRO, 2003).

Das crianças que se encontram em situação de rua, existem umas que tem maior propensão a aderir à depressão e ansiedade do que outras. Nesse caso específico, estamos nos referindo sobre aquelas que se encontram nos espaços públicos e àquelas que são de baixa renda e que tem um lar, as primeiras têm maior tendência à depressão e ansiedade do que as outras (RIBEIRO, 2003).

Os indivíduos podem desencadear um transtorno mental por causa de algum evento estressante, este pode ser o próprio fato de estar morando na rua ou a perda do lar, nestes sujeitos comparecem reações psicológicas anormais e sofrimento mental (BOTTI et al, 2009).

O álcool e as drogas são utilizados com a finalidade de minimizar a fome e o frio, como também para a socialização entre os membros dos grupos da rua (BOTTI et al, 2009).

Os níveis de depressão encontrados nessa população são leve, moderado e grave. No adulto-jovem morador de rua a depressão grave é predominante e nos indivíduos que se encontra de um a seis meses na rua a depressão moderada e leve subsiste com maior frequência. Os determinantes para tal são: miséria, violência, consumo abusivo de drogas, rompimento com a família e situações de violência doméstica, sexual e moral. Os fatores psicodinâmicos e socioambientais se associam para determinar a gravidade de cada caso (BOTTI, 2010)

Para se compreender a questão dos transtornos mentais na população em situação de rua, é necessário compreender os aspectos envolvidos na constituição psíquica do sujeito mediada por meio do lar. A casa é um espaço constitutivo do psiquismo em toda sua estrutura e funcionalidade de tal modo que ter uma casa significa ter raízes, identidade, segurança, sentimento de pertencimento e um lugar de bem-estar emocional (NO CENTRO, 2015, p. 220).

OS TRANSTORNOS MENTAIS NAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Segundo Montiel et al., (2015) os padrões de personalidade paranoide, antissocial, histriônico e esquizotípico comparecem em uma parcela da população pesquisada. As tendências borderline, dependente e sádica indica outras estruturas patológicas.

Silveira & Blay (2010) nos relata a observação de haver pessoas com transtorno de estresse pós-traumático e com inclinações suicidas, indicando assim, alto indicie de transtornos mentais. A

prostituição com fins a sobrevivência é recorrente, sendo detectado nessas pessoas um agravamento mental e diversas doenças clínicas.

DISCUSSÃO

Tentou-se compreender os transtornos mentais nas pessoas em situação de rua por meio de cinco tópicos, sendo eles: (a) a configuração familiar, (b) a gênese da psicopatologia, (c) a etiologia do estar na rua, (d) a dinâmica do processo de adoecimento psíquico, para enfim chegar na compreensão das (e) enfermidades mentais identificadas.

A etiologia de estar na rua pode a princípio ser identificado por meio do âmbito doméstico e das configurações ali estabelecidas. Essas, se fundamentam por intermédio da hostilidade e a sua expressão se desdobra em: violência moral-doméstica-sexual, abuso físico-social-psicológico e negligência afetiva-material-psíquica.

Esses arranjos configuracionais revelam a inexistência de trocas afetivas saudáveis e que estejam calcados numa relação amorosa, justamente esse elemento é apontado como sendo uns dos principais motivos de egresso da residência.

Dentro da esfera doméstica foi possível identificar algumas formas de conflito do ex-abrigado[1] para com os membros familiares, como: pais, irmãos, padrasto (a) e esposa (o), sendo: agressões verbais e agressões físicas. E no oposto, dos pais, irmãos, padrasto (a) e esposa (o) para com o ex-abrigado, sendo: violência física, sexual e moral. Nesse campo existem formas de combinação entre esses elementos. Destacaremos alguns, por exemplo:

(1) Se o ex-abrigado é criança e adolescente (indiferentemente de sua sexualidade) geralmente sua participação nos conflitos familiares está atrelada a agressão verbal-física, estas podem ser direcionadas para o padrasto (a), pais e irmãos.

(2) Se o ex-abrigado é adulto-masculino ocorre desavenças de teor predominantemente verbal com os familiares, e aqui temos de ressaltar a figura da esposa como objeto.

(3) Se o ex-abrigado é adulto-feminino ocorre desavenças de teor predominantemente verbal-físico com os familiares, e aqui temos de ressaltar a figura do esposo como objeto.

[1] Quando usamos o termo ex-abrigado estamos nos referindo à pessoa que se encontrava em um lar e passou a estar no espaço público. Ex-abrigado aqui, não se refere ao morador de rua que se encontrava em alguma instituição de abrigo. Ex-abrigado é sinônimo de pessoa que não tem casa, se refere ao morador de rua que acabou de perder o lar.

Na razão inversa ou diametralmente oposta, vemos:

(1) Indiferentemente da sexualidade, os pais produzem violência verbal para o ex-abrigado criança ou adolescente indiferentemente de sua sexualidade. Tanto o pai, como a mãe produzem essa ação.

(2) A mãe produz violência verbal-física no ex-abrigado criança do sexo masculino.[2]

(3) O pai produz violência verbal-física-sexual nas crianças indiferentemente da sua sexualidade.

(4) O pai produz violência verbal-física nos adolescentes do sexo masculino.

(5) O pai produz violência física-sexual nos adolescentes do sexo feminino.

(6) O padrasto produz violência verbal-física-sexual nas crianças indiferentemente de sua sexualidade.

(7) O padrasto produz violência verbal-física no adolescente do sexo masculino.

(8) O padrasto produz violência física-sexual na adolescente do sexo feminino.

(9) A esposa/esposo produz violência verbal para o ex-abrigado adulto indiferentemente de sua sexualidade.

(10) A esposa produz violência física-verbal para o ex-abrigado adulto do sexo masculino.

(11) O esposo produz violência verbal-física-sexual para a ex-abrigada adulta do sexo feminino.[3]

De uma perspectiva fenomênica-descritiva, o ambiente doméstico é sentido como inóspito-caótico, sendo muitas vezes pior do que o espaço público, o que acaba por permitir uma predileção

[2] Existe uma maior identificação da mãe com a filha do que com o filho. Isso é um dos elementos que explica a menor porcentagem de mulheres na rua do que de homens. Geralmente essas mães são violentas e além da identificação com a filha – por conta do gênero -, as tornam meninas-domésticas que cuidam da casa e passam a se responsabilizar por todos os afazeres, visto que os meninos não têm essa vantagem, já que as funções domésticas estão mais atreladas as mulheres. A violência nesse caso é manifesta por meio da imposição da realização das atividades domiciliares.

[3] É importante ressaltar que se a violência verbal-física-sexual fosse o elemento etiológico chave para a ida às ruas, haveria uma maior quantidade de mulheres na rua do que de homens. No entanto o que ocorre é diferente, mesmo que a quantidade de violência sexual seja maior nas mulheres, elas permanecem majoritariamente no ambiente domiciliar, visto que caso fossem para às ruas poderiam encontrar "mais do mesmo" dada a fragilidade e vulnerabilidade física desses seres. Por outro lado, o ato de ir para os espaços públicos acontece quando se percebe que o ambiente da rua é mais seguro do que o doméstico.

por esta última. A rua é sentida como um ponto de acolhimento, visto que é menos hostil e cria-se vínculos como meio de sobrevivência.

As crianças e os adolescentes, passam a produzir padrões de reações comportamentais como uma forma de adaptação às contingências sócio-historicamente determinadas. Assim, o uso abusivo de psicotrópicos se inicia como um padrão de comportamento recorrente e intensificado em sua frequência.

A gravidez é um subterfúgio, sendo averiguado que a sua finalidade consiste na renovação dos laços familiares por meio da criação de uma outra família. Essa resposta adaptativa geralmente é malsucedida, uma vez que a adolescente internaliza modos específicos de relacionamentos conjugais e familiares, constituindo um modelo interno de experiência que à faz repetir modelos de relacionamentos apreendidos ao longo do histórico de aprendizagem, caso não haja essa determinação, o desespero ocasionado pela necessidade abrupta por se retirar do domicilio, produz inevitavelmente a percepção de que qualquer outro ambiente é qualitativamente superior, o que acaba por ocasionar escolhas, nas quais o ambiente – empiricamente - é equivalente ao anterior ou inferior, mas sendo este, compensado por meio dos ganhos secundários e nesse caso a vantagem seria a ressignificação da existência por meio do recém-nascido. O laço de amor estabelecido entre ambos permite temporariamente a sensação de completude e a ativação da reserva psíquica que dá e permite a motivação para existir, como também para suportar às situações adversas.

Essas condições ambientais produz uma outra forma de reação que é a fuga. Para evitar as situações diárias, prefere-se evacuar-se do ambiente.

As três formas de reações podem ser expressar como etiologia do estar na rua. O aumento da utilização dos psicotrópicos acirra os níveis de conflito familiar, tendo como consequência a evasão.

Uma outra consequência da gravidez é o abandono – da mãe e da criança -. Muitas vezes ocorre dessa, de encontrar um abrigo ou um companheiro em situação de rua.

Já no caso da fuga foi identificado elementos psicodinâmicos envolvidos. Geralmente o adolescente que foge de casa, o faz com a finalidade de buscar saúde psicológica, uma vez que escapar dos fatores ambientais e psíquicos que se encontram no meio doméstico e que estão lhe causando danos físicos e psicológicos é uma forma de mecanismo de enfrentamento com a teleologia da preservação do psiquismo. É importante ressaltar que existe duas modalidades de entrada do indivíduo às ruas, uma pode ser motivada pela busca de saúde mental, uma vez que o ambiente no qual se encontra lhe produz riscos psicossociais[4] e a outra é por que a sua patologia já

[4] É importante analisar como o espaço público é constituído como um espaço limítrofe entre saúde e doença, pois "[...] rompendo laços sociofamiliares, evadindo da escola e percorrendo outros caminhos, os quais nem sempre os levam à

estabelecida tem inerente a ela riscos psicossociais envolvidos. No primeiro caso podemos falar em um psiquismo em formação e preservado, no segundo caso de um psiquismo em formação, mas deteriorado.

As crianças por sua vez, por se verem restringidas no *ambiente originário* e por dificuldades de se integrarem em atividades escolares, como também nos espaços institucionais de recreação – geralmente aqueles escolhidos pelos responsáveis que trabalham em tempo integral – buscam espaços alternativos. Essa restrição é sentida em específico na atividade lúdica, seja por não obtê-la diretamente por conta das *restrições explícitas* dos responsáveis no espaço ou indiretamente por conta das *restrições implícitas* ocasionadas pelo processo grupal. Nesse último caso, pode se expressar por via da discriminação, dos estereótipos, da estigmatização ou da expiação.

Esses impedimentos restringem o direito natural ao lúdico e sabe-se que todas as crianças brincam e que essa atividade está atrelada à saúde mental. Não obstante, de uma perspectiva psicossociológica é comum a estigmatização, o estereótipo, a discriminação e a expiação como formas de exclusão e inclusão social dos sujeitos, visto que esses processos fornecem os subsídios necessários para a formação da identidade, formação dos grupos e na diferenciação das singularidades.[5]

As carências socioeconômicas induzem a ida às ruas e a hostilidade ambiental acaba sendo a sua mola propulsora. Esses elementos podem atuar isoladamente ou de modo composto gerando novas expressões comportamentais.

A intra-migração nacional dos indivíduos por meio de regiões menos abastadas economicamente, com menos empregos e com maior precariedade nos direitos sociais e trabalhistas, produz emigrantes de diversas regiões do país para o estado de São Paulo ou outros estados que detém maiores possibilidades de renda e, portanto, de sobrevivência. No entanto, essa estratégia é utilizada por diversas pessoas, o que acaba por produzir uma inflação de um contingente populacional de pessoas no espaço público. Não encontrando emprego, essas pessoas têm de passar algum tempo nas ruas, nisso acabam perdendo os documentos e consequentemente o contato com a família, fazendo da rua sua moradia. Essa dimensão denominamos de *dimensão da precariedade sociofamiliar e material.*

Aqui os indivíduos por conta das condições materiais acabam por adentrar numa precariedade da vida humana, n'onde os sujeitos da família acabam por perder uma função social

---

inserção social" (BOTELHO et al, 2008). Essa escolha nem sempre permite a garantia da saúde mental, uma vez que a rua abriga outros riscos.

[5] Temos de compreender que o fato das formas de socialização se darem desse modo, não quer dizer que seja a única maneira. Nós enquanto seres humanos podemos construir novas formas de socialização e nesse caso a educação vem como um meio pelo qual podemos alterar as tendências de formação grupal estabelecidas. Poderíamos dizer que nesse *locus* é onde as intervenções psicopedagógicas poderiam surtir efeito.

importantíssima da vida – o trabalho como meio de sobrevivência -. A precariedade social acaba por impactar o ambiente familiar, daí uma precariedade sociofamiliar por conta dos nexos entre as funções sociais que são desmembradas dos membros familiares, instigando estratégias de resolução do processo sentido como problemático.

Já as relações familiares fragilizadas estão atreladas ao fato da pessoa desenvolver-se num ambiente vulnerável, este consiste em familiares com problemas de saúde em geral, sobrecarga psicológica com o cuidado de outros membros e desentendimentos corriqueiros que se intensificam conforme o tempo. Aqui o stress, a angústia, amargura e a agonia provenientes de maltratos e de insultos reverberam, de tal maneira que transborda o limite tendo como incidência a evasão domiciliar.

A dificuldade de sustentação de papéis sociais – pai, marido, empreendedor, filho e chefe de empresa – pode produzir uma sobrecarga psicológica nos indivíduos, de tal forma que *não é raro* se despirem de seus papéis sociais indo em direção à uma existência psiquicamente menos custosa. O espaço da rua nesse caso, torna-se uma opção.

Um dos motivos para as mulheres saírem de casa é por conta da violência doméstica ser maior do que na rua, assim a rua possibilita um aumento das chances de sofrer menos violência do que em casa, possivelmente pelo fato de estar constantemente no escopo de visão do agressor e na rua não.

Sobre a gênese e o desenvolvimento do transtorno mental temos alguns indicativos que nos permite compreender como se dá essas patologias que acomete a população em situação de rua - além da configuração familiar e da etiologia do estar na rua - considerando que o modo de configuração familiar é um fator fundamental para compreender às causas de estar na rua e por sua vez os distúrbios mentais, visto que a constelação familiar desses indivíduos produzem uma vulnerabilidade psicológica, mais do que nas famílias com recursos econômicos precários, mas que têm uma estruturação familiar razoavelmente satisfatória.

O ambiente originário com as características descritas produz padrões de reações comportamentais, nas crianças e nos adolescentes. O consumo abusivo de substâncias psicoativas, a gravidez e a fuga. Todas elas estão alicerçadas sobre um forte componente psicodinâmico: a evitação. Utilizam essas estratégias de enfretamento como uma forma de evitar o ambiente hostil. Deve-se avaliar se essas formas de enfrentamento são benignas ou malignas, se denotam uma estrutura psíquica funcional ou disfuncional. Nesse estudo, verificou que entre essas estratégias a mais eficaz é a fuga. O consumo desenfreado de psicoativos aumenta as tendências de comportamento auto e hétero-destrutivos. A gravidez precoce aumenta os riscos psicossociais tanto para a mãe, como para a criança e os mais comuns são: o abandono pelo parceiro da mãe-cria, aumento das tendências de maus-tratos, da dependência econômica de outras pessoas e de uma

defasagem no desenvolvimento biopsicossocial da criança e em específico no neurodesenvolvimento.

Nas crianças foi identificado que ambientes restritos que não permitem atividades lúdicas, seja em casa, na rua ou nas instituições de período integral, que não permitem a integração das crianças nas atividades escolares, esportivas e desportivas, é verificado um déficit nas habilidades sociais, seja pelo lado de uma agressividade extrema ou por uma inibição comportamental que a faz sofrer abusos psicológicos e físicos de determinados grupos sociais.

Não existe uma causalidade linear ou determinada, mas existem algumas delimitações que se pode fazer a partir dos dados empíricos. Um exemplo é que os ambientes que são restritos, em casa, escola e em instituições de meio período de acolhimento, acaba por não permitir com que a criança possa elaborar as experiências desagradáveis que ocorreram nesses mesmos espaços, não permitindo modos de expressão da mesma. Isso pode produzir uma agressividade intensa n'onde o sujeito não consegue socializar-se ou uma inibição comportamental que compromete outros repertórios comportamentais. No primeiro caso, esse indivíduo produz comportamentos auto e hétero agressivos e no segundo este sofre com as agressões externas.

As crianças que estão sem domicílio e que não frequentam a escola e nem produzem atividades regulares, desenvolvem uma desorientação temporal, onde não conseguem fazer uma síntese temporal do passado e do futuro, conseguindo apenas se inserir em momentos específicos de sua história. Esse fenômeno pode ser ocasionado ou intensificado pela a utilização de substâncias psicoativas que produzem alterações neuropsicológicas, chegando a provocar essa atomização temporal. Além disso, o uso constante e frequente das drogas podem ocasionar deficiência neurocognitiva.

A rua parece atrativa para a criança ou o adolescente, principalmente quando vivem em ambiente hostis, diversas fantasias surgem, fantasias de ir embora e fantasias de se envolverem em atividades que gerem formas de lucro instantânea quando se encontram em situação de precariedade sociofamiliar e material. Não obstante, essas fantasias são suscitadas por condições materiais e existenciais possíveis em seu meio. A criança em desabrigo é facilmente induzida à produção de comportamentos ilícitos e a utilização de drogas. Estas permitem o afastamento da criança do ambiente perturbador. Esse aplacamento da angústia por meio do uso das drogas é uma das reações possíveis em seu escopo de condutas. Revela também uma vulnerabilidade psicológica, como também um repertório comportamental limitado de enfrentamento.

As drogas podem ser usadas como uma forma de suportar o contexto da rua. Elas podem ser o elemento que causa a ida para a rua e o fator que mantém a criança na rua, ambas situações são possíveis. A utilização da droga pode iniciar no ambiente doméstico como uma forma de lidar com a situação presente, mas pode permanecer depois de estar na rua. Por outro lado, pode acontecer

também da criança ir para a rua para preservar o seu psiquismo e se deparar com as drogas. Portanto, os mecanismos de adaptação às situações ambientais do cotidiano estimulam o uso de psicoativos, que por sua vez ocasionam a ruptura da sanidade mental.

Portanto a gênese e o desenvolvimento das psicopatologias podem ocorrer mediada por elementos socioambientais e psicodinâmicos. Muitas vezes, o ex-abrigado já detém características pré-mórbidas ou disposições genéticas para os transtornos mentais, em outros momentos as circunstâncias ambientais do espaço público desenvolvem no sujeito o desencadeamento do distúrbio.

Podemos também perceber que existem diversas relações sobre a gênese e o desenvolvimento das patologias mentais, vejamos as equações:

(1) Se o ex-abrigado deter disposições genéticas, o ambiente doméstico pode potencializá-las e a disrupção da doença acontecer no próprio domicilio. Nesse sentido o sujeito estaria adentrando no espaço público por conta de um desajuste comportamental decorrente de sua própria doença.

(2) Se o ex-abrigado deter disposições genéticas, o ambiente pode induzi-lo ao espaço público e neste, por um processo de adaptação às circunstancias desfavoráveis, essa pode incitá-lo a utilização de álcool e drogas - o que é a causa dos mais variados transtornos mentais -.

(3) Se o indivíduo não deter disposições genéticas e for imune ao ambiente originário e este for hostil a ponto de fazê-lo migrar para os espaços públicos, não necessariamente ocorre a disrupção dos transtornos - esses sujeitos são denominados de resilientes -.

(4) O sujeito não detém disposições genéticas, mas o ambiente hostil produz uma vulnerabilidade psicológica que quando o indivíduo adentra nos espaços públicos, essa mesma vulnerabilidade já intensificada lhe causa sérios problemas comportamentais, seja no pré-espaço público ou no próprio espaço público. No pré-espaço público, sendo: consumo excessivo de drogas, gravidez precoce e o abandono do lar. No próprio espaço público, sendo: dificuldades de socialização e de adaptação às circunstancias ambientais – geralmente por conta do baixo repertório comportamental -.

(5) O sujeito não tem disposições genéticas, o ambiente não é hostil e é razoavelmente satisfatório, mas por conta das situações fortuitas da sociedade contemporânea acaba por perder o seu emprego, a sua moradia e passa a viver nas ruas. E no próprio espaço da rua acaba por desenvolver um transtorno mental ou desajustes comportamentais.

Essas formulações gerais nos permitem compreender que cada um dos fatores podem ser determinantes na etiologia do estar na rua. O item n° 5, não necessariamente precisa ser assim, pode haver as condições estabelecidas como proposta pelo o item, mas pode estar atravessado com outros elementos, como predisposições genéticas ou vulnerabilidades psicológicas. É importante ressaltar, que essas definições foram vislumbradas a partir dos dados obtidos na pesquisa, mas que a individualidade é algo singular, sendo que essas variações ou o fluxo dessas determinações podem variar de indivíduo para indivíduo, podendo ocorrer daí novas combinações entre esses fatores. Mas em suma, de modo geral, essas cinco formulações são as mais predominantes - nesse estudo -.

O que nos resta saber é a quantidade de pessoas ou os percentuais que se alocam em cada uma dessas equações e verificar se realmente ocorre dessa maneira com outras individualidades ou se existe outras subcategorias dentro dessas - o que é muito provável dada a singularidade dos seres humanos -.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Confirmou-se o fato de que o ambiente doméstico violento, à dependência química e o processo migratório são processos atuantes no desenvolvimento dos distúrbios mentais. A predisposição genética e o ambiente familiar dentro do escopo das características socioambientais e psicodinâmicas influenciam a ida às ruas, como também o adoecimento. A condição socioeconômica e histórica-política também exerce sua carga de determinação.

As contribuições que esse estudo pode fornecer para a psicologia - e a princípio para a psicologia acadêmica -, é a possibilidade de um melhor planejamento para futuras pesquisas, visto que os estudos que englobam um parâmetro transversal de análise são nulos. Os níveis de análise produzido nessa investigação se desdobrou a partir do próprio material levantado. As análises por meio do viés psicodinâmico, fenomenológico, sócio-histórico, comportamental-cognitivo, como também outras disciplinas auxiliares como da epidemiologia psiquiátrica, demografia e psiquiatria genética também contribuíram para a compreensão dos fenômenos aqui elucidados. O pressuposto básico da investigação foi "*iniciar a partir das coisas mesmas*". Assim as diversas disciplinas apareciam com as suas contribuições e, por conseguinte para a nossa compreensão.

Houve algumas complicações nessa investigação pelo fato de não haver pesquisas no campo dessa temática. Esse estudo acabou se caracterizando por ser único, visto que sua perspectiva foi multidisciplinar. O problema é justamente que quando os estudos são exploratórios, não existe uma metodologia pronta, essa mesma metodologia se constrói e faz-se. Nessa trilha os erros comparecem e é comum.

Uma contribuição para a Psicologia Acadêmica é que esse estudo se enquadrou numa perspectiva desenvolvimental. A criança, o adolescente e o adulto em situação de rua foram vislumbrados numa perspectiva do desenvolvimento. Essa forma de análise tende a captar o movimento dos processos de desenvolvimento do psiquismo e permitiu compreender como esse mesmo psiquismo se desenvolve no espaço público.

Para a psicologia em si - se esse estudo chegar nas mãos de futuros psicólogos - esperamos que a principal mensagem que se encontra inerente à sua escritura seja transmitida e esperamos que seja mesmo, mensagem esta que é: *pessoas em situação de rua é uma questão de Psicologia em Saúde Mental Pública.* A segunda mensagem é: *A rua é complexa, por isso mesmo que merece um olhar complexo e abrangente, e se possível sem ortodoxias de orientações teóricas-metodológicas, sejam sócio-históricas, psicanalíticas, comportamentais ou qualquer outra. Assumimos o posto de dizer, por que não essas também?*

Esse estudo nos seus dados e minúcias, mais do que mostrou que as causas de estar na rua englobam todos esses fatores, desde de questões econômicas – *de migração de pessoas de regiões com uma circulação de economia menos efetiva* - até desajustes comportamentais, indo até – além – à desajustes neuropsicológicos consequênciados pelo precário desenvolvimento neuro-embriológico.

Por fim, existe alguém que disse *que contra fatos não há palavras*, nesse caso específico em que está sendo feita essa colocação – e apenas nesse caso -, parece adequada tal asserção. Esse estudo se mostra por si mesmo e como essa investigação foi construída com base nos fatos, a única coisa que fizemos foi uma descrição dos mesmos.

Esperamos que a psicologia possa se aproveitar de alguma forma dessas análises. O leitor que nos lê considere tudo o que foi dito até aqui, apenas como mais uma forma de leitura sobre a psicopatologia e a população em situação de rua, mas que sem dúvida - e que fique claro -, leitura essa nada semelhante aos trabalhos feitos até o momento na contemporaneidade.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Maria Magalhães; IRIART, Jorge Alberto Bernstein. **Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil**. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 115-124, 2012.

ALVES, Adriana Amaral Ferreira. **Assistência social: história, análise crítica e avaliação**. Juruá Editora, 2009.

AMPARO, Deise Menezes Matos do; BRASIL, Kátia Cristina T. **Dimensões psíquicas e sociais da criança e do adolescente em situação de rua.** Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 11, n. 2, 1998.

BARATA, R. B.; CARNEIRO JUNIOR, N.; RIBEIRO, M. C. S. D. A.; SILVEIRA, C. **Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo**. Saúde e Sociedade, v.24, p 219-232, 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo** (Edição revista e atualizada). Lisboa: Edições, v. 70, 2009.

BRASÍLIA, Secretaria dos Direitos Humanos da Presidência da República. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa**: **experiências do Distrito Federal, Paris e Londres.** Brasília: SDH, 2013. Disponível em: < http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/promocao-e-defesa/publicacoes-2013/pdfs/dialogos-sobre-a-populacao-em-situacao-de-rua-no-brasil-e-na-europa-1 >. Acesso em: 27 de maio de 2017.

BRASIL, DECRETO Nº 7.053 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009**. Dispõe da Política Nacional para a População em Situação de Rua**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm Acessado em: 20/05/2017.

BOTELHO, A. P.; SILVA, S. L. F. D.; KASSAB, M. J.; LEITE, L. C. **Meninos de rua: Desafiliados em busca de saúde mental.** Psicologia em Estudo, v. 13, n. 2, p. 361-370, 2008.

BOTTI, N. C. L.; de CASTRO, C. G.; SILVA, A. K.; da SILVA, M. F.; de OLIVEIRA, L. C.; FONSECA, L. L. K. **Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte.** SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas, v. 6, n. SPE, p. 536-555, 2010.

BOTTI, N. C. L.; CASTRO, C. D.; SILVA, M. D.; SILVA, A. K.; OLIVEIRA, L. D.; CASTRO, A. C. H. O. A.; FONSECA, L. L. K. **Prevalência de depressão entre homens adultos em situação de rua em Belo Horizonte.** J Bras Psiquiatr, v. 59, n. 1, p. 10-16, 2010.

BOTTIL, N. C. L.; CASTRO, C.; FERREIRA, M.; SILVA, A. K.; OLIVEIRA, L.; CASTRO, A. C.; FONSECA, L. **Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 1, n. 2, p. 164-179, 2009.

BORTOLI, Suzana Rozendo. **Mulheres adultas em situação de rua e a mídia: histórias de vida, práticas profissionais com a população de rua e representações jornalísticas**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

CAIXETA, Leonardo. **Diógenes, população de rua, luta antimanicomial e cinismo**. Rev Bras Psiquiatr, v. 29, n. 1, p. 91, 2007.

CANÔNICO, R. P.; TANAKA, A. C. D. A.; MAZZA, M. M. P. R.; SOUZA, M. D. F.; BERNART, M. C.; JUNQUEIRA, L. X. **Atendimento à população de rua em um Centro de Saúde Escola na cidade de São Paulo.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. SPE, p. 799-803, 2007.

CARNEIRO JUNIOR, Nivaldo; JESUS, Christiane Herold de; CREVELIM, Maria Angélica. **A Estratégia Saúde da Família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos.** Saúde e Sociedade, v. 19, p. 709-716, 2010.

DA CRUZ, Leandra Brasil. **POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA E SAÚDE MENTAL**, 2000.

DE LIMA, C. H.; VALENTIM, A. P.; ROCHA, C. E. D. F.; RODRIGUES, N. F. **Crack: uma abordagem psicanalítica de seu consumo entre crianças e adolescentes em situação de rua.** Revista Mal Estar e Subjetividade, v. 13, n. 1-2, p. 155-194, 2013.

DE SOUZA ALVAREZ, Aparecida Magali; ROSENBURG, Cornélio Pedroso. **A resiliência e o morar na rua: estudo com moradores de rua-criança e adultos na cidade de São Paulo.** Journal of Human Growth and Development, v. 9, n. 1, 1999.

DE TILIO, Rafael; DE OLIVEIRA, Juliana. **Cuidados e atenção em saúde da população em situação de rua.** Psicologia em Estudo, v. 21, n. 1, 2016.

DE TILIO, Rafael; VIDOTTO, Letícia Trombini; GALEGO, Pâmela Suelen. **Medos e expectativas de usuários de drogas em situação de rua.** Revista da SPAGESP, v. 16, n. 2, p. 75-87, 2015.

DOS SANTOS, J. E.; CALIXTO, J. J.; FERNANDES, P. B.; MOREIRA, A. C. O. **Relato de experiência com jovens em situação de vulnerabilidade social na rua.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health, v. 4, n. 10, p. 134-152, 2013.

ESMERALDO FILHO, CARLOS EDUARDO. **Saúde Mental e (Ex)-Moradores de Rua: Um Estudo a Partir do Valor Pessoal e do Poder Pessoal.** Universidade Federal Do Ceará, Centro De Humanidades Departamento de Psicologia. Disponível em: http://newpsi. bvs-psi.org.br/tcc/161.pdf Acessado em outubro de 2012.

EXECUTIVO, Sumário. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. **Meta instituto de pesquisa e opinião. Secretaria de avaliação e gestão da informação. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**, 2008.

FALCADE, Paulo Rodrigo Unzer. **Psicologia, modernidade e modos de subjetivação: a questão do morador de rua**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

FIPE – FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **Censo da População em Situação de Rua da Cidade de São Paulo, 2015** – Resultados. São Paulo: Fipe, 2015.

FREITAS, Maria Vany. D**a invisibilidade social ao protagonismo: lutas da população em situação de rua no brasil (1980-1995)**, 2000.

HECKERT, Uriel et al**. Programa de saúde mental para a população de rua: PRORUA.** HU rev., v. 27, n. 1/3, p. 305-308, 2001.

HUTZ, Claudio Simon; KOLLER, Sílvia Helena. **Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua.** Estudos de Psicologia, v. 2, n. 1, 1997.

JUNIOR, Nivaldo Carneiro., NOGUEIRA, Edna Aparecida., LANFERINI, Gisele Magalhães., ALI, Débora Amed., & MARTINELLI, Marilda. (1998). **Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate**. Saúde e Sociedade, *7*(2), 47-62.

KOLLER, Sílvia Helena. **Resiliência e vulnerabilidade em crianças que trabalham e vivem na rua.** Educar em revista, n. 15, p. 1-3, 1999.

KUNZ, Gilderlândia Silva; HECKERT, Ana Lucia; CARVALHO, Silvia Vasconcelos. **Modos de vida da população em situação de rua: inventando táticas nas ruas de Vitória/ES.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 26, n. 3, p. 919-942, 2014.

LOVISI, Giovanni Marcos. **Avaliação de distúrbios mentais em moradores de albergues públicos das cidades do Rio de Janeiro e de Niterói**. 2000. Tese de Doutorado.

MARTINS, Raul Aragão. **Uma tipologia de crianças e adolescentes em situação de rua baseada na Análise de Aglomerados (Cluster Analysis).** Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 15, n. 2, p. 251-260, 2002.

MONTEIRO, Luiz Felipe Campos. **O uso de substâncias psicoativas por crianças e adolescentes em situação de rua: uma leitura winnicottiana**. EDUFBA (BR). Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropolicas [Internet]. EDUFBA, p. 141-59, 2009.

MONTENEGRO ENGSTROM, Elyne; BARROS TEIXEIRA, Mirna. **Equipe "consultório na rua" de Manguinhos, rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 21, n. 6, 2016.

MONTIEL, J. M.; BARTHOLOMEU, D.; de FRANCISCOS CARVALHO, L.; PESSOTTO, F. **Avaliação de transtornos da personalidade em moradores de rua.** Psicologia Ciência e Profissão, v. 35, n. 2, 2015.

NATALINO, Marco Antonio Carvalho. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Texto para Discussão, 2016.

NOGUEIRA, F. G. P. "**População de rua e pobreza: conceitos e interseções históricas." _____. Hóspedes incômodos: estudo sobre moradores de rua no hospital de emergência [dissertação**]. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (2008).

PALUDO, Simone dos Santos; KOLLER, Silvia Helena. **Resiliência na rua: um estudo de caso.** 2005.

PINTO, V. M. et al. **Prevalência de Sífilis e fatores associados a população em situação de rua de São Paulo, Brasil, com utilização de Teste Rápido.** Rev Bras Epidemiol, v. 17, n. 2, p. 341-54, 2014.

RIBEIRO, Moneda Oliveira. **A rua: um acolhimento falaz às crianças que nela vivem. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 11, n. 5, p. 622-629, 2003.**

SANDER, Isabela. **Questões socioeconômicas dos moradores de rua.** Em: <http://jcrs.uol.com.br/_conteudo/2016/12/geral/537029-populacao-de-rua-da-porto-alegre-aumentou-75-8.html >. Acesso em: 14 de maio, de 2017).

SDH/IDEST. **Primeira pesquisa censitária nacional sobre crianças e adolescentes em situação de rua**. Convênio n° 724549/2009 firmado entre a Secretaria de Direitos Humanos (SDH) e o Instituto de Desenvolvimento Sustentável (IDEST), realização Meta Instituto de Pesquisa de Opinião, 2011.

SERAFINO, Irene; LUZ, Lila Cristina Xavier. **Políticas para a população adulta em situação de rua: questões para debate.** Revista Katálysis, v. 18, n. 1, p. 74-85, 2015.

SILVA, Carolina Cruz da; CRUZ, Marly Marques da; VARGAS, Eliane Portes. **Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua.** Saúde em Debate, v. 39, p. 246-256, 2015.

SILVEIRA, D. T.; CÓROVA, F. P.; Unidade 2: A pesquisa científica. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. coordenado pela Universidade Aberta do Brasil–UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica–Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. **Porto Alegre: Editora da UFRGS**, v. 2, n. 0, p. 31-42, 2009.

SILVEIRA, Geisabel Lima; RODRIGUES, Luzania Barreto. **O consumo de substâncias psicoativas e o autocuidado entre pessoas em situação de rua na cidade de Juazeiro-BA**. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 2, n. 1, 2013.

SILVEIRA, Anne Lise Sandoval Scappaticci; BLAY, Sergio Luis. **Mães adolescentes em situação de rua: uma revisão sistemática da literatura.** Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, 2010.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. **Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde.** Saúde e sociedade, v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004.

VIEIRA, M. A. C. Trecheiros e pardais. In: **SIMPÓSIO INTERNACIONAL MIGRAÇÃO: Nação, Lugar e Dinâmicas Territoriais,** Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

VIZONI, Adriano. **Aumento dos moradores de rua em São Paulo.** Em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/05/1626597-em-quatro-anos-sobe-10-numero-de-moradores-de-rua-em-sao-paulo.shtml>. Acesso em: 14 de maio, de 2017).