



Interpretações da doença e significados atribuídos por pessoas em situação de rua com transtornos mentais^a

Interpretations of illness and meanings attributed by people experiencing homelessness with mental disorders

Interpretaciones de la enfermedad y significados atribuidos por personas en situación de calle con trastornos mentales

Letícia Passos Pereira¹

Christine Wetzel¹

Agnes Olschowsky¹

1. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil.

RESUMO

Objetivo: apresentar como as pessoas em situação de rua com transtornos mentais interpretam seu processo de adoecimento. **Método:** consiste em um estudo qualitativo, com abordagem teórico-metodológica da antropologia da saúde. Utilizou-se entrevistas narrativas e análise com o referencial de Fritz Schütze. As entrevistas foram realizadas com cinco pessoas em situação de rua com transtornos mentais, acompanhadas por um Consultório na Rua de uma capital do sul do Brasil, no segundo semestre de 2019. **Resultados:** emergiram as perspectivas relacionadas a: depressão; autolesão, pensamentos e tentativas de morte; experiências sensoriais; "ser nervosa"; surtos e uso de drogas. Evidenciou-se que os participantes recebem diagnósticos psiquiátricos heterogêneos e as (re)interpretações que fizeram do sistema explicativo da psiquiatria, a partir de suas experiências de sofrimento, e as maneiras próprias de abordar, lidar e legitimá-lo, tiveram influência de sistemas culturais, sociais, políticos e econômicos. **Considerações finais e implicações para a prática:** ressalta-se a importância de compreender a perspectiva da doença ligada a um sofrimento existencial, pois uma abordagem exclusivamente baseada em sintomas limita as possibilidades de cuidado. Reforça-se a necessidade de práticas de cuidado que considerem o contexto de vida dos sujeitos e suas subjetividades, valorizando abordagens interdisciplinares e culturalmente sensíveis.

Palavras-chave: Antropologia da Saúde; Pessoas em Situação de Rua; Saúde Mental; Transtornos Mentais; Vulnerabilidade Social.

ABSTRACT

Objective: to present how people experiencing homelessness and living with mental disorders interpret their illness process. **Method:** this qualitative study employs a theoretical-methodological approach rooted in the anthropology of health. Narrative interviews were conducted and analyzed using Fritz Schütze's framework. Interviews were carried out with five individuals experiencing homelessness and mental disorders, who were supported by a Street Outreach Clinic in capital city in southern Brazil during the second half of 2019. **Results:** perspectives emerged related to depression, self-harm, suicidal thoughts and attempts, sensory-perceptual experiences, "being nervous," psychotic episodes, and drug use. The findings revealed that participants received heterogeneous psychiatric diagnoses. Their (re)interpretations of the psychiatric explanatory system, shaped by their suffering experiences, and their unique ways of addressing, coping with, and legitimizing these experiences were influenced by cultural, social, political, and economic systems. **Final considerations and implications for practice:** the study highlights the importance of understanding illness as connected to existential suffering, as an approach solely based on symptoms limits care possibilities. It reinforces the need for care practices that consider individuals' life contexts and subjectivities, emphasizing interdisciplinary and culturally sensitive approaches.

Keywords: Medical Anthropology; Homeless Persons; Mental Health; Mental Disorders; Social Vulnerability.

RESUMEN

Objetivo: presentar cómo las personas en situación de calle con trastornos mentales interpretan su proceso de enfermedad. **Método:** estudio cualitativo con un enfoque teórico-metodológico de la antropología de la salud. Se utilizaron entrevistas narrativas y se realizó un análisis basado en el marco de referencia de Fritz Schütze. Las entrevistas se llevaron a cabo con cinco personas en situación de calle con trastornos mentales, atendidas por un Consultorio Callejero de una capital del sur de Brasil, durante el segundo semestre de 2019. **Resultados:** se advirtieron perspectivas relacionadas con la depresión, la autolesión, los pensamientos y tentativas de suicidio, las experiencias sensoriales, "ser nerviosa", los episodios psicóticos y el consumo de drogas. Se evidenció que los participantes reciben diagnósticos psiquiátricos heterogéneos y que las (re)interpretaciones que hicieron del sistema explicativo de la psiquiatria, a partir de sus experiencias de sufrimiento, así como las maneras propias de abordarlo, enfrentarlo y legitimarlo, estuvieron influenciadas por sistemas culturales, sociales, políticos y económicos. **Consideraciones finales e implicaciones para la práctica:** se resalta la importancia de comprender la perspectiva de la enfermedad ligada al sufrimiento existencial, ya que un enfoque basado exclusivamente en los síntomas limita las posibilidades de atención. Se refuerza la necesidad de implementar prácticas de atención que consideren el contexto de vida de los sujetos y sus subjetividades, y así valorar enfoques interdisciplinarios y culturalmente sensibles.

Palabras clave: Antropología Médica; Personas con Mala Vivienda; Salud Mental; Trastornos Mentales; Vulnerabilidad Social.

Autor correspondente:
Letícia Passos Pereira.
letipassos23@gmail.com

Recebido em 13/01/2025.
Aprovado em 16/04/2025.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2024-0128pt>

INTRODUÇÃO

Este artigo explora como pessoas em situação de rua e com transtornos mentais, acompanhadas por um Consultório na Rua, compreendem o seu processo de adoecimento.

O referencial teórico adotado, ancorado na antropologia da saúde, contribui para vocalizar a perspectiva das próprias pessoas a respeito dos seus processos de adoecimento e cuidado. Através dessa abordagem, é possível analisar como elas interpretam tais processos, a partir de como a doença afeta seu comportamento, sua relação com outras pessoas, os caminhos para a busca de cuidado e como respondem a ele, resultando em significados individuais e subjetivos.¹

As explicações para um mesmo evento de doença podem variar significativamente, dependendo do contexto, de quem as emite e para quem são direcionadas. A interpretação do adoecimento pode ser compreendida tanto sob uma perspectiva biológica, centrada em sintomas fisiológicos e/ou psicológicos (*disease*), quanto a partir da experiência subjetiva de quem a vivencia (*illness*). A ideia de *illness* inclui, ainda, a comunicação e a interação interpessoal, especialmente no contexto da família e da rede social.¹

Nesse sentido, ao abordar as interpretações da doença de um grupo específico - pessoas em situação de rua com transtornos mentais - é essencial considerar as particularidades deste contexto e as vulnerabilidades a que essas pessoas estão expostas.

A relevância dessa perspectiva vai ao encontro de uma mudança paradigmática no campo teórico e prático da saúde mental, na direção da superação do modo manicomial.² A partir das concepções da Reforma Psiquiátrica, busca-se romper com o paradigma centrado exclusivamente na doença, reconhecendo que dissociar o cuidado em saúde mental da doença e focar na pessoa que sofre, percebe e sente sobre aquilo que vivencia, permite modificar práticas instituídas.

Diante disso, compreender a construção cultural da doença como experiência psicossocial, a partir da perspectiva da pessoa acometida, possibilita acessar outras formas e lógicas de interpretação. O cuidado em saúde mental, por vezes capturado pelas bases explicativas da psiquiatria, acaba por se distanciar de outras interpretações do adoecimento, muitas vezes negando a sua importância ou mesmo desqualificando a sua legitimidade.

O objetivo deste artigo é, portanto, apresentar como as pessoas em situação de rua com transtornos mentais interpretam seu processo de adoecimento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, fundamentado na perspectiva da antropologia da saúde.¹ O estudo foi conduzido em um Consultório na Rua (CR) localizado em uma capital do sul do Brasil. O material empírico foi obtido por meio de entrevistas narrativas realizadas entre julho e outubro de 2019, complementadas por consultas a prontuários eletrônicos no Sistema E-SUS. A consulta aos prontuários teve como objetivo identificar as avaliações feitas pelos profissionais da rede de serviços de saúde para cada participante, bem como registros de

diagnósticos ou condições identificadas, permitindo a inserção de múltiplos pareceres.

As entrevistas foram conduzidas por uma pesquisadora com formação em Enfermagem, experiência em pesquisa qualitativa e atuação prévia com populações em situação de vulnerabilidade. A pesquisadora não possuía relação prévia com os participantes e sua função na pesquisa foi explicitada no início de cada entrevista, garantindo transparência sobre os objetivos do estudo.

A seleção dos participantes ocorreu por meio de amostragem intencional, baseada nos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos, estar em situação de rua há pelo menos seis meses, ter diagnóstico de algum transtorno mental e apresentar condições cognitivas e comunicacionais para compreender e responder à pesquisa. O critério de exclusão foi a impossibilidade de estabelecer diálogo, inviabilizando a realização da entrevista.

A captação dos participantes representou um desafio metodológico significativo, considerando a população-alvo. Muitas pessoas em situação de rua demonstraram desconfiança inicial em relação à pesquisa, exigindo um esforço contínuo da pesquisadora para estabelecer um vínculo mínimo necessário para a realização da entrevista. Para minimizar essa barreira, foram realizadas abordagens diretas e cuidadosas, priorizando um diálogo respeitoso e esclarecendo os objetivos da pesquisa de forma acessível. Em alguns casos, foi necessário um período de interação prévia para que o participante se sentisse confortável o suficiente para compartilhar sua história. Além disso, o recrutamento não ocorreu de maneira imediata: foram necessárias múltiplas tentativas para garantir que os participantes atendessem aos critérios de inclusão. Assim, a seleção não se restringiu aos primeiros cinco indivíduos abordados, mas a um grupo maior, do qual apenas aqueles que preenchiam os critérios e se mostraram dispostos a participar foram efetivamente incluídos.

A perspectiva metodológica visava aprofundar a compreensão de como as pessoas em situação de rua com transtornos mentais interpretavam e davam sentido à sua condição, considerando a sua história de vida. Para isso, optou-se pela utilização da entrevista narrativa, uma ferramenta importante para o entendimento de como as pessoas processam construções identitárias através da narração de suas histórias.³ As narrativas permitem a expressão da subjetividade e a emergência de novos significados sobre situações e experiências: a pessoa que narra sua vivência assume um papel central no processo de cuidado, tornando-se parte ativa desse processo.⁴ Ao considerar a população em situação de rua como informante, há também a vantagem de “fazer-se ouvir”, pois essas pessoas, frequentemente estigmatizadas e excluídas de pesquisas, têm suas histórias ignoradas.

As entrevistas foram realizadas presencialmente, em uma sala privativa no CR, garantindo privacidade e um ambiente seguro para os participantes. O contato inicial foi estabelecido por meio de aproximação direta no local, onde os possíveis participantes foram convidados a participar do estudo. Aqueles que aceitaram receberam informações detalhadas sobre os objetivos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram duração média de 50 minutos. O roteiro seguiu as etapas constituintes de uma entrevista narrativa: contato e negociação, história principal, fase de questionamentos e conclusão.^{5,6}

A fase de contato e negociação ocorreu a partir do convite aos participantes. Aos que aceitaram participar, explicou-se o *modus operandi* da entrevista, a partir da leitura do TCLE. Ao realizar a solicitação da narrativa, propôs-se que os participantes contassem a sua história de vida, dando início à fase da história principal. Durante essa fase foram feitas anotações para o desenvolvimento posterior de questões, visando esclarecer inconsistências e preencher lacunas. A fase de questionamentos explorou o potencial narrativo para sub-histórias adicionais, principalmente com base nas anotações realizadas. A entrevista foi concluída com um breve fechamento, garantindo que não fosse encerrada após a narração de uma época traumática ou difícil da vida.⁷ Cada participante foi entrevistado individualmente e uma única vez.

Após a transcrição integral das entrevistas, a análise seguiu as etapas propostas por Fritz Schutze⁵ para entrevistas narrativas. O primeiro passo, a análise formal do texto, consistiu na organização do texto e na identificação das trajetórias de vida em uma ordem cronológica. Em seguida, a descrição estrutural do conteúdo analisou minuciosamente cada trajetória, identificando diferentes estruturas processuais ao longo da vida. A abstração analítica possibilitou a reconstrução da biografia como um todo, destacando os aportes teóricos argumentativos dos participantes sobre suas histórias de vida, identidade e trajetórias na etapa de análise do conhecimento. A comparação contrastiva agrupou e analisou o conjunto das entrevistas, buscando semelhanças e diferenças.⁷

Os participantes não revisaram ou validaram as transcrições de suas entrevistas, o que foi considerado uma limitação do estudo. Os dados foram analisados a partir de três categorias estabelecidas na fase exploratória: concepções de cuidado, interpretação da doença e itinerários terapêuticos. Este artigo discute os resultados da categoria “interpretação da doença”.

Para minimizar vieses na interpretação dos dados, a análise seguiu uma abordagem estruturada e foi revisada por mais de um pesquisador. Houve triangulação dos achados por meio da consulta aos prontuários eletrônicos do Sistema E-SUS, permitindo confrontar as narrativas dos participantes com registros clínicos existentes. A diversidade de vozes foi priorizada, garantindo que diferentes perspectivas fossem incluídas na análise final.

A pesquisa respeitou todos os preceitos ético-legais para estudos com seres humanos, conforme a Resolução n. 466/2012 e a Resolução n. 510/2016, que estabelece normas específicas para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Para garantir o anonimato dos participantes, foram utilizados nomes fictícios, assegurando que nenhuma informação pessoal permitisse a identificação dos entrevistados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), parecer nº 3.272.312/2019, e pelo Comitê de Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, parecer nº 3.336/2019.

RESULTADOS

Os resultados evidenciam que todos os participantes do estudo apresentaram múltiplos diagnósticos de transtornos psiquiátricos, os quais foram agrupados em quatro categorias, conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID-11):⁸ Transtornos de Ansiedade, Transtornos de Humor, Transtornos Psicóticos e Transtornos Relacionados ao Uso de Drogas.

Em relação aos transtornos de ansiedade, estes foram identificados nos participantes Elza e Luiz. Os transtornos de humor estiveram presentes nos registros de todos os participantes, a saber: Elza, Luiz, Pablo, Rita e Sarita. Já os transtornos relacionados ao uso de drogas foram registrados em Elza, Luiz e Pablo, enquanto os transtornos psicóticos foram identificados nos participantes Luiz, Pablo e Rita.

Os resultados revelam como os participantes identificam, explicam e (re)interpretam seus transtornos mentais, suas manifestações e aspectos a eles relacionados, fundamentados nos modelos explicativos de *disease* e *illness* propostos por Arthur Kleinman (1980).

As interpretações da doença, emergentes das narrativas, refletem perspectivas dinâmicas e multifacetadas. Embora algumas dessas interpretações incorporem terminologias associadas à *disease*, elas adquirem significados próprios quando analisadas sob a perspectiva da *illness*.

Para conferir maior clareza e destaque às percepções dos participantes, essas interpretações foram organizadas em três categorias principais: Transtornos do Humor e Comportamentos Autolesivos, Experiências Sensorceptivas e Comportamentos e Expressões do Sofrimento. Essas categorias, apresentadas nos Quadros 1, 2 e 3, respectivamente, reúnem as dimensões identificadas e seus fragmentos narrativos, permitindo uma compreensão mais aprofundada das formas como o adoecimento mental é vivenciado e ressignificado pelos participantes.

DISCUSSÃO

A miscelânea de diagnósticos descritos nos prontuários dos participantes pode estar relacionada a vários fatores, incluindo a possibilidade de alterações ao longo do tempo nas diferentes avaliações realizadas por diversos profissionais e a dificuldade em se estabelecer um diagnóstico preciso em um serviço não especializado.

A presença de diagnósticos múltiplos e sobrepostos revela a complexidade das condições psiquiátricas que acometem esta população. Tal cenário reforça a necessidade de abordagens interdisciplinares e integradas no processo de cuidado, especialmente em contextos de vulnerabilidade social, como no caso das pessoas em situação de rua acompanhadas pelo CR.

Estes diagnósticos seguem a lógica das classificações psiquiátricas, que nem sempre se enquadram dentro dos limites de um distúrbio específico, evidenciando, portanto, regras internamente inconsistentes.⁹ A forma como as pessoas interpretam e constroem sua experiência de doença e os sentidos que atribuem à sua condição de sofrimento, pode tanto

representar uma reinterpretação do diagnóstico, quanto adotar outras perspectivas.

Se, por um lado, a doença instituída segue nosografias diagnósticas institucionalizadas pelo setor profissional, por outro, as interpretações da doença são dinâmicas e, mesmo quando

relacionadas a diagnósticos e sintomas psiquiátricos, tendem a expressar-se por meio de formas aceitáveis e significativas para a própria cultura.¹⁰

Uma das interpretações observadas foi a da depressão como doença, associada a períodos difíceis da vida, sem necessariamente

Quadro 1. Transtornos do Humor e Comportamentos Autolesivos.

Interpretação	Características	Fragments da narrativa
1. Depressão	1.1. Estar “baixo astral”; fraqueza e prostração; inapetência e sono excessivo por longos períodos. 1.2. Descrita como sofrimento, em contextos de violência, carências e dificuldades.	<i>Estava baixo astral, numa depressão profunda. (Sarita). Entrei em depressão. Fiquei quarenta dias sem comer, só dormindo. [...] Não conseguia levantar, ficava fraco. (Pablo) Entrei na depressão, fui violentado. Passei por um monte de dificuldade. (Luiz)</i>
2. Autolesão, pensamentos e tentativas de morte	2.1 Dimensões: - Problema de saúde; - Alívio para o sofrimento; - Crença religiosa. -	<i>Comecei a ter problema de saúde, começava a me cortar [...] Toda vez que eu ia tomar remédio, eu tomava tudo de uma vez só. (Pablo) Quando acaba a bebida e a droga e a medicação, aí leva à depressão e eu começo a me cortar. Sinto bem-estar, prazer, euforia. [...] Não é pra tirar a vida, é como se me desse forças pra continuar. [...] [cortar-se] É tipo uma obrigação. Quanto mais obrigação eu fizer, mais as coisas vão melhorar. Porque como ele [Exu] vai me dar as coisas que eu tô pedindo, se eu não tô tendo condições de dar as coisas que ele quer? (Luiz) Eu não sei como eu não me mato [referindo-se às suas condições de vida], que não é pra se matar, tá na Bíblia. (Rita)</i>

Quadro 2. Experiências Sensorceptivas.

1. Experiências sensorceptivas	1.1. Escuta de vozes: - Presentes desde trajetórias da infância; - Sentimentos: susto, aceitação, conforto, sensação de acolhimento; - Comunicação com divindades; - Alerta para perigos. 1.2. Visões: - Envolveram pessoas, imagens, luzes e seres religiosos, como santos e anjos; - Recurso de auxílio divino em momentos de desespero. - 1.3. Manifestações olfativas: - Contato com pessoas significativas já mortas.	<i>Primeiro eu me assustei, mas agora eu aceitei ele [Exu] como um guia, como um pai. Ele é importante, está me dando força pra me levantar. (Luiz) Era legal estar falando com gente, por mais que não exista. Pelo menos tinha alguém que me ouvia, que entendia o que eu falava. (Pablo) Vozes tipo assim: “Essa aí quer te matar! (Rita) Eu vi uma mão, tipo uma figa [...] no pátio, tinha uns bancos e tinha uma santa. Eu olhei pra dentro daquela santa e vi que dos olhos saía uma luz. (Sarita) Parecia anjo, mas eram umas pessoas com uma luz fluorescente, andando pelo teto. Pessoas que não existiam. (Pablo) Deus me bota a visão. Eu até já vejo a rua onde ele está e consigo ver até o jeito que ele está [marido que desapareceu]. (Elza) Ele [o marido já morto] me dava um perfume pequenininho, que tem nas mansões. [...] Era uma forma de dizer que estava ali. Vinha aquele perfume de rosa me invadindo todo corpo e sentia que ele estava ali do meu lado. (Elza)</i>
--------------------------------	--	---

Quadro 3. Comportamentos e Expressões do Sofrimento.

1. “Ser nervosa”	1.1. Diferenciação entre “ser nervosa” e “ser louca”. 1.2. Se manifesta através de fobias, desconfiança, desorganização e infantilização. 1.3. Relacionada às negativas conferidas pela vida e situação de tristeza, exaustão e sofrimento. 1.4. Relacionada a traumas e violência.	<i>Sou nervosa! Louco é uma coisa, que mata, e nervosa é outra. [...] É só dizer “se acalma” e louca não, louca tem que berrar. (Rita) Estou fóbica, sou toda nóia. Não sou mais criança, mas a mente... Viu os papéis? (referindo-se aos documentos molhados, rasgados e desorganizados), parecia uma criança. (Rita) Sou nervosa porque a vida me dá só não, e isso cansa. [...] É muita tristeza para uma pessoa [...] Mas aqui [aponta para a cabeça] tá cansada, tá exausto. (Rita) Eles me estupraram e eu não me lembro mais. [...] Eu morri naquele dia [...] acho que por isso que eu fiquei mais louquinha dos nervos. (Rita)</i>
------------------	--	---

Quadro 3. Continuação...

<p>2. Surtos</p>	<p>2.1. Comportamentos associados a problemas na cabeça ou no cérebro.</p> <p>2.2. Comportamentos agressivos e imprevisíveis, intensos, relacionados ao descontrolo.</p> <p>2.3. Fatores desencadeantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionado a conflitos, medos e inseguranças; - Relacionado a condições desfavoráveis da vida cotidiana; - Relacionado a problemas na comunicação. - <p>2.4. Formas de tratamento: atitudes compreensivas de pessoas próximas, medicação.</p>	<p><i>Comecei a ter problemas de saúde, ter surto, comecei a ter uns ataques. [...] Eu apagava minha cabeça. (Pablo)</i></p> <p><i>Tive surto, fui parar no hospital de presos, da cabeça. [...] A minha filha ficou doente do cérebro, começou a surtar. (Elza)</i></p> <p><i>Na clínica eu começava a surtar, quebrar as cama, a quebrar os vidros, a enfrentar os enfermeiro, a jogar comida nas paredes. (Pablo)</i></p> <p><i>Eu comecei tendo [surtos] por causa da psicóloga. Ela botava coisas na minha cabeça, dizia que eu tinha problemas mas eu não tinha. Começava a agredir todo mundo, achando que iam me machucar. Ficava com medo das pessoas. Era inseguro. (Pablo)</i></p> <p><i>Daí o Heitor [dono da oficina onde ela e o marido dormem] diz “Não vem”. Por isso que eu surtei. (Rita)</i></p> <p><i>[Referindo-se ao motivo de a filha ter surtado] Não falei direito [sobre a morte do pai]. Não falei com carinho, não soube explicar. (Elza)</i></p> <p><i>Ele [marido] teve vários surtos e agora a gente tá tentando tratar. Vai começar a tomar a medicação pra cabeça e vou tentar ajudar, pra que ele possa melhorar. Medicação, amizade, carinho. (Elza)</i></p>
<p>3. Uso de drogas</p>	<p>3.1 Percebido enquanto um vício.</p> <p>3.2 Como recurso ao mal-estar.</p> <p>3.3 Associado a violências.</p> <p>3.4 Empecilho aos projetos de vida.</p>	<p><i>Comecei a usar droga. Eu achava que era bom, que eu via todo mundo usar. Não sentia aquela abstinência. [...] Daí começou a bater o vício, comecei a sentir mais vontade de usar. Que nem o pessoal chama de viciado? Que quer mais e mais. (Pablo)</i></p> <p><i>Não era tão viciado, mas tinha outras amigas que eram mais viciadas. Eu cheirava [loló] mas só pela companhia. (Elza)</i></p> <p><i>Tinha meus vícios da droga mas estava bem. Depois que parti pra outra droga, perdi tudo. (Luiz)</i></p> <p><i>Eu tomo [vinho], porque eu tô triste, infeliz sem a minha filha, tô na merda da merda e esperando comida que não veio. (Rita)</i></p> <p><i>Volto pras droga porque alguma coisa me decepciona. Alguém que não faz bem pra mim. [...] Fiquei lá [na prisão], me dopando de remédio. [...] porque não é fácil a pessoa passar o Natal e Ano Novo e aniversário sem a família do lado. Sozinho, em quatro paredes. Passei dormindo. Não levantava nem pra comer. (Pablo)</i></p> <p><i>Minha mãe me bateu muito quando era criança, por causa da bebida e daí a pessoa que tem alcoólica, é rebelde, com raiva, sei lá, tristeza. Ela bebe, até hoje e se avança em mim. (Elza)</i></p> <p><i>Ele me batia, bêbado, drogado [...] Pra ver que era sem vergonhice, arriamento, ele pegou e veio pra me dar um soco, daí ele saiu pra trás. (Sarita)</i></p> <p><i>[Referindo-se ao momento em que foi tentar a vida em São Paulo] Muitas drogas, e acabei falhando. [...] Me envolver com pessoas que usam, é mais dificuldade ainda. [...] Eu falhei, usei droga lá dentro [do albergue] e acabei perdendo a vaga. Fui desligado e voltei pra rua de novo. (Luiz)</i></p>

corresponder a uma psicopatologia. Os participantes a associam a momentos de altos e baixos, especialmente considerando os dispositivos potencializadores de sentimentos de desamparo que perpassam suas vidas. Muitas vezes, esses sentimentos não são excessivamente penosos ou depressivos, mas sim reflexos de uma angústia intrínseca à sua própria condição.

A atribuição do diagnóstico de depressão a características como tristeza, desesperança, desamparo e desânimo, expressa um mal-estar presente na vida cotidiana das pessoas e propicia que as pessoas identificadas com o rótulo patológico da depressão, encontrem nesse diagnóstico a “explicação/causa” de seu modo de ser/estar.¹¹

Em uma sociedade espetacular, narcisista, fluida e carente de referenciais sólidos, onde o sofrimento não tem espaço, os sujeitos muitas vezes não conseguem corresponder às exigências culturais e sociais, resultando em um sofrimento que é intrínseco à condição humana.¹¹ Além disso, esses sujeitos ainda são culpabilizados por representar o fracasso ante o palco social espetacular e, assim, aprenderam a significar seu próprio pesar existencial como dor, internalizando-a como uma condição que é necessariamente sinônima de doença e que, como tal, devem procurar formas para lidar com ela.

Trata-se da incorporação e reinterpretção de um diagnóstico psiquiátrico como base explicativa de sentimentos e comportamentos

relacionados a vivências de situações de adversidade, que não correspondem, por si só, a uma psicopatologia. A apropriação do termo revela-se como consequência da disseminação desse diagnóstico e de uma banalização conceitual, tornando a depressão um jargão para identificar e classificar as mais variadas formas de mal-estar na atualidade.

A autolesão, juntamente com pensamentos e tentativas de morte, foi interpretada como um problema de saúde, no qual a experiência de cortar-se é vista como um sintoma, ao lado de outros como surtos, ataques e depressão.

A autolesão configura-se também como último recurso na busca de alívio do sofrimento, frente à falta de outros, como medicamentos, álcool e drogas ilícitas. Assim, preenchendo o espaço ocupado por substâncias geradoras de prazer, bem-estar e euforia, a autolesão assume também essa função. Compreendê-la nessa perspectiva implica em entendê-la como uma manifestação de mal-estar.

Assim, olha-se para a autolesão como uma mensagem que o sujeito encontrou para representar suas angústias, uma transferência da dor interna e psíquica para a dor física. A autolesão atua como uma forma de tratamento, desencadeando efeitos positivos temporários para aliviar o fardo de uma situação, sendo apontada como mecanismo de enfrentamento. De modo geral, a autolesão é vista como um alívio da dor emocional, ao passo que a converte em dor física e, conseqüentemente, produz uma sensação de alívio logo a seguir.¹² Além disso, a autolesão pode induzir uma sensação de prazer, uma espécie de “barato”, tal como se consegue atingir com o uso de certas substâncias.¹³

Além dessas, a descrição de outras sensações como “forças para continuar” e “obrigação”, leva à interpretação sobre a autolesão relacionada à crença religiosa. Nessa perspectiva, a autolesão passa a ser uma troca com a entidade que, como retribuição à prática, passa a atender as solicitações e oferecer condições melhores de vida. Dessa maneira, além das sensações positivas causadas pela autolesão, há também a crença religiosa que oferece expectativas positivas, considerando a prática auspiciosa.

Há de se considerar ainda outra perspectiva dessa problemática, ao compreender os motivos pelos quais os sujeitos alegam que se lesionam – porque faltam medicamentos, porque não há suporte para lidar com o sofrimento, e porque não há perspectiva de melhores condições de vida. Assim, a falência dos diversos setores faz com que a pessoa busque e encontre alívio nessas práticas; permitindo ao setor profissional repensar que reprimir a autolesão como sintoma não é suficiente, pois ela está ligada a diversos outros fatores.

Os pensamentos de morte estiveram associados à depressão e à falha do tratamento medicamentoso, além de apontarem uma saída para acabar com o sofrimento vivido no dia a dia.

Os contextos de sofrimento, tristeza, desesperança e depressão relacionam-se ao comportamento suicida, e o tratamento medicamentoso e a religiosidade atenuam o seu impacto. Nessa direção, a satisfação com a vida, a depressão e o compromisso religioso podem ser considerados como componentes da dimensão risco e proteção frente à ideação

suicida, que se configura como um fenômeno cuja explicação se fundamenta em um modelo multidimensional.

Diante de um contexto de angústia, escassez e, muitas vezes, ausência de ferramentas para a solução de problemas, a tentativa de suicídio pode emergir como uma alternativa para interromper esse estado de aflição. Esse fenômeno reflete sua natureza multifatorial e multidimensional, uma vez que os fatores de risco associados ao comportamento suicida são influenciados por aspectos individuais, sociais e estruturais.¹⁴ Assim, mesmo que não tenham sido expressas interpretações nas narrativas sobre o fato, a tentativa demonstra que a maneira de lidar com situações que possivelmente estavam no limite do sofrimento, foi tentar acabar com a própria vida.

A condição de estar em situação de rua pode representar um fator de risco para a ideação suicida, especialmente quando combinada a outras questões, como o consumo de álcool e drogas, dificuldades socioeconômicas e sofrimento psíquico, criando um ciclo de retroalimentação complexo. Nesse contexto de vulnerabilidade, há um impacto direto na satisfação das necessidades humanas básicas, além da exposição a comportamentos prejudiciais à saúde que exigem atenção. Assim, percebe-se que indivíduos em situação de rua estão sujeitos a diversas condições que podem contribuir para o desenvolvimento do comportamento suicida.¹⁵

A interpretação das experiências sensoriais estiveram relacionadas à escuta de vozes, visões e manifestações olfativas que outros sujeitos não ouvem/veem/sentem. Essas experiências sensoriais, interpretadas no setor profissional como alucinações, adquirem, na experiência dos participantes, outras bases explicativas e são manifestadas como positivas, proporcionando acolhimento, apoio e a possibilidade de contato com pessoas que morreram. Dessa forma, são compreendidas de fato como experiências humanas, legitimadas como não desviantes, não patológicas, em uma perspectiva oposta ao modelo biomédico tradicional que as patologiza.

Tanto a escuta de vozes quanto as visões apareceram como formas de comunicação com divindades, em uma relação positiva, de trocas, de apoio, e como recurso à solução de problemas. Apesar de cada um interpretar suas experiências de acordo com sua construção cultural religiosa, a comunicação com entidades poderosas assume um papel importante e os auxilia de maneira significativa. Dessa forma, cada indivíduo compreende as vozes a partir do seu conteúdo, da sua origem e do impacto nas suas vidas, oferecendo a elas sentidos que tenham valor para si, de acordo com sua história de vida, trazendo essa experiência para o campo da subjetividade.¹⁶

Buscar compreender o sentido atribuído às vozes e a relação com elas se aproxima da perspectiva do Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, que se configura como uma prática de contradiscurso ao saber da psiquiatria clássica acerca do termo ouvir vozes e da experiência que ele simboliza. Assim, ouvir vozes deixa de ser visto como sintoma e passa a ser entendido como experiência humana, diversa e única para

cada ouvitor, passível de abarcar vários sentidos, inclusive com interpretações distantes do discurso hegemônico da psiquiatria.¹⁶

A interpretação de ser nervosa é relacionada a uma diferenciação da loucura, aos sentimentos de medo, a uma vivência desorganizada e infantil, e ao sofrimento.

A diferenciação entre ser louca e nervosa reproduz o imaginário social de periculosidade do louco, relacionando-o a pessoas que cometem violência e que matam, contribuindo para a produção de uma atitude social de medo e discriminação para com as pessoas identificadas como tais.¹⁷ Essa diferenciação também ocorre em relação ao tratamento, que inclui medicação e comedimento, distinguindo-se do oferecido ao louco - à nervosa, basta pedir que se acalme, enquanto com o louco é preciso gritar.

As pessoas em situação de rua, devido à constante exposição à vulnerabilidade e às precárias condições de sobrevivência, estão mais suscetíveis ao desenvolvimento e agravamento de problemas de saúde mental.¹⁸ Nesse contexto, a repetição de negativas ao longo da vida – seja por parte das pessoas, dos serviços ou do próprio sistema público – acumula-se de forma a intensificar o sofrimento psíquico, ultrapassando limites que o indivíduo pode suportar e resultando em adoecimento mental.

Dessa maneira, tal percepção de adoecimento relaciona-se com um sofrimento profundo, correspondente ao sofrimento entendido na dimensão psicossocial, como sofrer de falta de reconhecimento, de exclusão, ser lesado em seus direitos, sua dignidade, frustrado em suas necessidades vitais.¹⁹ Compreender o “ser nervosa” não pode se restringir a categorias diagnósticas fixas, fundamentadas exclusivamente nos saberes médicos e psicológicos modernos. A atenção psicossocial, ao propor um cuidado ampliado e territorializado, rompe com a visão reducionista do modelo biomédico, que interpreta o sofrimento psíquico de forma unicausal e centrada em diagnósticos nosológicos.²⁰ Assim, é fundamental questionar essas lentes e adotar práticas que considerem a singularidade de cada sujeito, sua trajetória de vida e as condições em que está inserido.

Em relação à interpretação dos surtos, estes aparecem caracterizados como doença da cabeça/cérebro, manifestados através de determinados comportamentos relacionados ao descontrole, conflitos e impulsividade; às condições desfavoráveis da vida cotidiana; aos problemas na comunicação; e que necessitam de tratamento medicamentoso e de atitudes acolhedoras/compreensivas.

Nessa interpretação, tem-se, em certo aspecto, a resignificação do discurso biomédico, em especial da psiquiatria organicista, da perspectiva que os “desvios” do pensamento e do comportamento são evidências de transtornos cerebrais.

Superar a organicidade significa entender que a vida psíquica, bem como o seu reflexo na função dos órgãos e tecidos do corpo, é o espelho da história do indivíduo, de como ele viveu, de decepções e gratificações, de sua dimensão social, e das experiências significativas que marcaram sua existência.²¹

As manifestações dos surtos psíquicos são frequentemente interpretadas pelo imaginário popular a partir de uma visão estigmatizante da loucura, que historicamente associa as pessoas

com transtornos mentais à periculosidade, agressividade e incapacidade. Ao longo do tempo, essas pessoas foram tratadas como alienadas, transgressoras e violentas, sendo alvo de preconceito e exclusão social. Mesmo com os avanços na desinstitucionalização, a sociedade ainda mantém uma representação da loucura que reforça a alienação e a despersonalização desses indivíduos.²²

A manifestação dos surtos ocorreu em um contexto percebido como violento, assustador, causando medo e insegurança, sendo uma reação, um meio de defesa, para esse cenário, interpretado como iatrogênico. A agressão, em muitos casos, parece ser a reação a estados de medo, de sofrimento e de tensões insuportáveis.²¹

O sofrimento causado pelas condições hostis do dia a dia pode provocar o surto como consequência dos problemas da vida. Assim, surtar refere-se a ter alcançado o limite de suportar as dificuldades; é a expressão final de quem não aguenta mais lidar com as mazelas do cotidiano.

Considera-se que há, assim como os fatores desencadeantes, uma perspectiva biologicista, relacionada à medicação; e outra relacional, ligada à compreensão e disposição em ajudar. Essa última considera um lócus de cuidado mais integral e ampliado, que remete, em alguma medida, a novas formas de olhar as crises em saúde mental.

Contudo, quando se trata de pessoas em situação de rua com transtornos mentais ainda se está muito aquém de algumas propostas que vêm sendo discutidas na saúde mental. É preciso avançar nesse sentido para que em experiências como os surtos, essas pessoas possam ter os seus cuidados garantidos e da maneira mais dialógica e em rede possível.

A interpretação da doença no que tange ao uso de drogas faz parte da experiência pessoal e familiar dos participantes, manifestando-se na utilização de drogas ilícitas e lícitas, como o álcool e os medicamentos.

As ideias e crenças associadas ao uso de drogas influenciam não apenas a percepção subjetiva de quem faz uso, mas também a forma como esses indivíduos interpretam os efeitos e lidam com as consequências de seu consumo.²³ Como vício, o uso de substâncias é frequentemente descrito como uma transição do consumo controlado e social para um padrão problemático, marcado pelo uso contínuo ou pela experimentação de outras drogas. Esse processo pode ocorrer em diferentes níveis, podendo levar, em alguns casos, à síndrome de abstinência. Embora o conceito de vício carregue uma conotação negativa, ele nem sempre implica um problema para o usuário.

No entanto, os discursos sociais que criminalizam ou estigmatizam determinadas substâncias e seus usuários podem reforçar percepções negativas, influenciando a maneira como os indivíduos se identificam com esse consumo.²³ Dessa forma, aqueles que vivenciam o uso problemático frequentemente associam essa experiência a repercussões desfavoráveis em suas vidas.

O uso de drogas pode ser compreendido como um recurso para lidar com o mal-estar, funcionando como uma estratégia para atenuar a tristeza, a decepção e outras formas de sofrimento.

Em contextos marcados pela precariedade, como o sistema prisional e a vivência em situação de rua, essa prática emerge como um mecanismo de sobrevivência, proporcionando alívio temporário diante de experiências consideradas insuportáveis.

Nesse cenário, o uso de substâncias pode ser interpretado não apenas como um sintoma individual, mas como um reflexo das dificuldades impostas pela vida contemporânea, evidenciando a fragilidade das relações e das condições sociais. Para muitas pessoas em situação de rua, o uso de drogas se entrelaça ao próprio modo de existir nesse contexto, tornando-se um meio de sociabilidade, uma forma de enfrentar a fome e de lidar com as dificuldades psicossociais.²³ Assim, a droga assume um papel que vai além do consumo em si, representando uma tentativa de mitigar o sofrimento e sustentar a própria existência diante das adversidades.

O uso de drogas associado a violências aparece relacionado principalmente a experiências de agressividade, nas quais pessoas próximas alteravam seus comportamentos, sendo o uso de drogas a base explicativa para tais condutas.

Junto a isso, na base explicativa da mesma situação, há um dúvida, na medida em que, ao mesmo tempo que o uso de drogas justifica determinados comportamentos, aparece também uma interpretação de cunho moral para descrever a pessoa que usa drogas e suas atitudes, a partir da qual são utilizados termos com avaliação moral, como “bêbado”, “drogado”, “sem vergonhice”, “arriamento” e “provalecimento”. Nessa perspectiva, coloca-se o uso de drogas tanto como justificativa do comportamento violento, quanto como conduta intencional.

Essa construção moralizante sobre o consumo de drogas influencia diretamente a forma como a sociedade enxerga os indivíduos que fazem uso dessas substâncias, dificultando seu reconhecimento como sujeitos sociais inseridos em um contexto. O imaginário popular exerce um papel significativo na perpetuação desses estigmas, pois os discursos coletivos tendem a responsabilizar unicamente o usuário por suas dificuldades, desconsiderando fatores estruturais e contextuais que atravessam sua trajetória.²⁴ Dessa forma, a manutenção de uma visão moralizante sobre o uso de drogas não apenas reforça a exclusão social, mas também inviabiliza a construção de abordagens mais humanizadas e eficazes no enfrentamento das questões associadas ao consumo.

O uso de drogas também foi entendido como um empecilho aos projetos de vida, levando a falhas nos objetivos e relacionamentos. A relação com pessoas que também faziam uso contribuía no contexto de dificuldades.

Diante disso, percebe-se que o uso de drogas, inserido em um contexto de vulnerabilidade social, esteve associado à dificuldade de realizar-se, alcançar seus objetivos e desenvolver seus planos. O uso de drogas, nesse sentido, traz consigo a consequência de desorganização da vida e assume um papel de adversidade ao desenvolvimento do sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os participantes interpretaram o seu processo de adoecimento de forma que diagnósticos adquiriram significados de acordo com as experiências de cada um. Assim, a depressão foi compreendida como mal-estar da atualidade, a autolesão como busca de alívio para o sofrimento, as experiências sensoperceptivas como vivências de acolhimento, o ser nervosa diferenciado do ser perigosa, o surto como uma doença da cabeça e como limite para suportar dificuldades e o uso de drogas como um recurso para atenuar a dor e também como empecilho para os projetos de vida.

Diante das interpretações de doença apresentadas, o sistema explicativo da psiquiatria é reinterpretado pelos participantes a partir de suas experiências e da forma como essas interpretações são traduzidas. Considerou-se as experiências subjetivas de sofrimento e as maneiras próprias de abordar, lidar e legitimar as experiências associadas a suas *illnesses* e a de outros, inseridas em sistemas não só biológicos, mas culturais, sociais, políticos e econômicos. Portanto, abordar a experiência na perspectiva da *illness* permitiu reconhecer dimensões importantes do sofrimento e do tratamento que escapam ao olhar em uma lógica de diagnóstico/cura.

Frente a isso, tem-se o desafio de, no subsetor profissional da saúde, incorporar saberes e práticas em diferentes perspectivas, que acolham estas interpretações que sejam capazes de cuidar considerando a *illness* e não só a *disease*. Algumas experiências têm demonstrado que esse novo olhar é possível, no entanto cabe estendê-lo às pessoas em situação de rua com transtornos mentais.

Tendo em vista que os participantes foram contatados através de um serviço do setor profissional, reconhece-se que esse aspecto pode representar uma limitação do estudo, pois há outras pessoas em situação de rua com transtornos mentais que não acessam esse serviço e, conseqüentemente, não foram consideradas como possíveis participantes. Recomenda-se que, em estudos futuros, sejam pensadas estratégias de inclusão de participantes por outros meios que não se restrinjam a esse subsetor.

Além disso, outra limitação diz respeito à longa inserção no campo e o tempo despendido para conseguir conquistar a confiança dos participantes e formar vínculos, que resultaram na impossibilidade de realizar mais de uma entrevista por participante. Esse limite impediu que algumas lacunas fossem retomadas a partir da análise da primeira entrevista.

Diante disso, ressalta-se a importância de compreender a perspectiva da doença como *illness*, que está ligada a um sofrimento existencial, e que sua compreensão como *disease*, a qual é baseada em sintomas, tem interpretações e possibilidades de cuidado limitadas.

AGRADECIMENTOS

Não há.

FINANCIAMENTO

Não há.

DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

Os dados estão disponíveis sob demandas aos autores.

CONFLITO DE INTERESSE

Sem conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley/Los Angeles: University of California Press; 1980. <http://doi.org/10.1525/9780520340848>.
2. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 141-168.
3. Jovchelovich S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G, editores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 13ª ed. Petrópolis: Vozes; 2017. p. 90-113.
4. Artioli G, Cosentino C, Taffurelli C, Ferri P, Foà C. The narrative interview for the assessment of the assisted person: structure, method and data analysis. *Acta Biomed*. 2019;90(6-S):7-16. <http://doi.org/10.23750/abm.v90i6-S.8640>. PMID:31292409.
5. Schütze F. Pesquisa biográfica e entrevista narrativa. In: Weller W, Pfaff N, organizadores. Metodologias da pesquisa qualitativa em educação: teoria e prática. 3ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013. p. 211-22.
6. Rosenthal G. Pesquisa social interpretativa: uma introdução. 5ª ed. Porto Alegre: Edipucrs; 2014. 576 p.
7. Pereira LP, Wetzel C, Pavani FM, Olschowsky A, Moraes BM, Klein E. Entrevista narrativa com pessoas em situação de rua com transtornos mentais: relato de experiência. *Esc Anna Nery*. 2021;25(3):e20200017. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0017>.
8. World Health Organization. ICD-11 implementation or transition guide [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [citado 2025 Jan 13]. Disponível em: https://icd.who.int/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf
9. Allsopp K, Read J, Corcoran R, Kinderman P. Heterogeneity in psychiatric diagnostic classification. *Psychiatry Res*. 2019;279:15-22. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.07.005>. PMID:31279246.
10. Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA. Signos, significados e práticas relativos à doença mental. In: Rabelo MC, Alves PCB, Souza IMA, editores. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p. 43-73. <http://doi.org/10.7476/9788575412664>.
11. Praxedes LCMA, Souza MAG, Azevedo MO, Vale LR. Depressão: um sintoma social caracterizado como mal do século. *Epitaya*. 2023;1(31):124-37. <http://doi.org/10.47879/ed.ep.2023717p124>.
12. Özen-Dursun B, Kaptan SK, Giles S, Husain N, Panagioti M. Understanding self-harm and suicidal behaviours in South Asian communities in the UK: systematic review and meta-synthesis. *BJPsych Open*. 2023;9(3):e82. <http://doi.org/10.1192/bjo.2023.63>. PMID:37183676.
13. Câmara L, Canavêz F. Contribuições de Sándor Ferenczi para o fenômeno da autolesão. *Rev Latinoam Psicopatol Fundam*. 2020;23(1):57-76. <http://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n1p57.5>.
14. Silva DA, Marcolan JF. A reincidência de tentativa de suicídio associada a severidade da sintomatologia depressiva. *Res Soc Dev*. 2021;10(16):e299101623843. <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i16.23843>.
15. Fernandes MA, Pillon SC, Reis MDC, Barbosa NS, Ibiapina JPB, Costa APC. Ideação suicida, uso de substâncias psicoativas e sofrimento

mental entre a população em situação de rua de um município brasileiro. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2024;20:e-214319. <http://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2024.214319>.

16. Machado RA, Souza TT, Ubessi LD, Lopes IF, Kantorski LPK, Guedes AC. Programa ouvidores de vozes: visibilidade da experiência de ouvir vozes. *Rev Recien*. 2023;13(41):502-10. <http://doi.org/10.24276/revicn2023.13.41.502-510>.
17. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
18. Oliveira EC. Mental health of homeless adults in the city of Feira de Santana: from living to getting sick. *RSD*. 2021;10(6):e44810616055. <http://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.16055>.
19. Barus-Michel J, Camps C. Sofrimento e perda de sentido: considerações psicossociais e clínicas. *Psic Rev Vetor Ed [Internet]*. 2003; [citado 2025 Jan 13];4(1):54-71. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142003000100007&lng=pt&nr m=iso
20. Jafelice GT, Silva DA, Marcolan JF. Potencialidades e desafios do trabalho multiprofissional nos Centros de Atenção Psicossocial. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2022;18(1):17-25. <http://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2022.172106>.
21. Piccione R, Cesare G. Guida alla salute mentale: per la conoscenza delle cure e dei servizi. Meran: Edizioni AlphaBeta Verlag; 2018.
22. Lira ND, Silva MA, Silva RCS, Andrade CHS, Silva VC. Representação social acerca da doença mental: uma revisão integrativa. *Braz J Dev*. 2021;7(11):103113-30. <http://doi.org/10.34117/bjdv7n11-096>.
23. Marques LS, Costa JHM, Gomes MM, Silva MM. Saberes, territórios e uso de drogas: modos de vida na rua e reinvenção do cuidado. *Cien Saude Colet*. 2022;27(1):123-32. <http://doi.org/10.1590/1413-81232022271.19542021>. PMID:35043892.
24. Silva VAM, Pinho LB, Nasi C, Siniak DS, Santos EO, Ávila MB et al. Care for drug users in a family health strategy: potentials and challenges. *Cogitare Enferm*. 2024;29:e93351. <http://doi.org/10.1590/ce.v29i0.95454>.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Leticia Passos Pereira.

Aquisição de dados. Leticia Passos Pereira.

Análise de dados e interpretação dos resultados. Leticia Passos Pereira. Christine Wetzel. Agnes Olschowsky.

Redação e revisão crítica do manuscrito. Leticia Passos Pereira. Christine Wetzel. Agnes Olschowsky.

Aprovação da versão final do artigo. Leticia Passos Pereira. Christine Wetzel. Agnes Olschowsky.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Leticia Passos Pereira. Christine Wetzel. Agnes Olschowsky.

EDITOR ASSOCIADO

Marta Sauthier 

EDITOR CIENTÍFICO

Marcelle Miranda da Silva 

^aExtraído da dissertação “No mundo da rua: itinerários terapêuticos de pessoas em situação de rua com transtornos mentais na busca por cuidado”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 2020.