INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA EM CURITIBA: INTERFACES ENTRE SERVIÇO SOCIAL, PSICOLOGIA E SAÚDE MENTAL

INVOLUNTARY HOSPITALIZATION OF HOMELESS PEOPLE IN CURITIBA: INTERFACES BETWEEN SOCIAL WORK, PSYCHOLOGY AND MENTAL HEALTH

1º autor(a) – Samuel Guevara Dias
Estudante de Bacharelado em Serviço Social pelo Centro Universitário de Tecnologia de Curitiba (UNIFATEC)
Instituição: Centro Universitário de Tecnologia de Curitiba (UNIFATEC)
Endereço: 449, R. Itacolomi, Portão, Curitiba - PR, CEP: 81070-150
E-mail: guevarasamuel@icloud.com

Orientador(a) – Elisa Pizzaia Goltz Kumov
Professora e Coordenadora do curso de Psicologia do Centro Universitário de Tecnologia de Curitiba (UNIFATEC); Psicóloga e Mestre em Engenharia Florestal pela Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Instituição: Centro Universitário de Tecnologia de Curitiba (UNIFATEC)
Endereço: 449, R. Itacolomi, Portão, Curitiba - PR, CEP: 81070-150
E-mail: elisa.goltz@unifatecpr.com.br

RESUMO

Este artigo analisou, por meio de revisão bibliográfica e documental, a internação involuntária de pessoas em situação de rua em Curitiba, articulando Serviço Social, Psicologia e saúde mental. O estudo discutiu a medida como recurso excepcional, tensionado entre proteção, autonomia, direitos humanos e risco de controle social. Concluiu-se que o cuidado deve priorizar ações intersetoriais entre SUS e SUAS, com acompanhamento territorial e garantia de direitos.

Palavras-chave: serviço social, saúde mental, população em situação de rua, internação involuntária, intersetorialidade.

ABSTRACT

This article analyzed, through bibliographic and documentary review, the involuntary hospitalization of homeless people in Curitiba, connecting Social Work, Psychology and mental health. The study discussed this measure as exceptional, tensioned between protection, autonomy, human rights and the risk of social control. It concluded that care should prioritize intersectoral actions between SUS and SUAS, with territorial follow-up and rights protection.

Keywords: social work, mental health, homeless population, involuntary hospitalization, intersectorality.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 3
2. OBJETIVOS 5
3. REVISÃO DE LITERATURA 6
3.1 População em situação de rua, vulnerabilidade e saúde mental 6
3.2 Reforma Psiquiátrica e internação involuntária: proteção, excepcionalidade e direitos 7
3.3 Intersetorialidade entre SUS e SUAS: encontros entre Serviço Social e Psicologia 8
3.4 O contexto de Curitiba como disparador da problematização 9
4. METODOLOGIA 11
4.1 Tipo de estudo 11
4.2 Fontes de busca, descritores e critérios de seleção 11
4.3 Estratégia de análise 11
4.4 Considerações éticas 12
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO 13
5.1 Entre proteção e controle: a internação involuntária como medida-limite 13
5.2 FAS, Saúde e Guarda Municipal: articulação intersetorial e tensões institucionais 13
5.3 Contribuições do Serviço Social e da Psicologia no cuidado territorial 14
5.4 Riscos de institucionalização, higienização social e descontinuidade do cuidado 15
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 16
7. REFERÊNCIAS 18

1. INTRODUÇÃO

A população em situação de rua constitui um grupo social atravessado por múltiplas expressões da questão social, como pobreza extrema, fragilização de vínculos familiares e comunitários, precarização do trabalho, violências, barreiras de acesso às políticas públicas e invisibilidade institucional. Quando tais condições se articulam ao sofrimento psíquico grave e ao uso problemático de álcool e outras drogas, o debate público tende a oscilar entre a defesa do cuidado integral em liberdade e a defesa de medidas de contenção, institucionalização e retirada compulsória dos espaços urbanos.

No campo brasileiro da saúde mental, a Reforma Psiquiátrica e a Lei nº 10.216/2001 redirecionaram o modelo assistencial ao afirmar direitos, proteção e preferência por dispositivos territoriais, reservando a internação para situações nas quais os recursos extra-hospitalares se mostrem insuficientes. Nesse sentido, a internação involuntária exige laudo médico circunstanciado, comunicação ao Ministério Público e rigor ético, justamente por incidir sobre a autonomia de sujeitos em situação de vulnerabilidade (Brasil, 2001; Barros; Serafim, 2009).

Ao mesmo tempo, a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída pelo Decreto nº 7.053/2009, enfatiza a necessidade de acesso amplo, simplificado e seguro às políticas públicas, bem como a articulação entre saúde, assistência social, habitação, trabalho, renda, educação, cultura e direitos humanos (Brasil, 2009). Essa orientação aproxima o tema da atuação do Serviço Social, especialmente por envolver defesa de direitos, leitura crítica da realidade social, articulação de redes e enfrentamento de processos de estigmatização.

O contexto recente de Curitiba tornou a discussão especialmente relevante. Em janeiro de 2026, a Prefeitura divulgou a realização de internação involuntária de uma mulher em situação de rua, em ação integrada entre Secretaria Municipal da Saúde, Fundação de Ação Social e Guarda Municipal, com fundamento em portaria municipal voltada a situações de crise, risco e grave comprometimento do autocuidado (Curitiba, 2025; Curitiba, 2026a). O episódio também produziu questionamentos públicos sobre violação de direitos, controle social, fragilização do SUS e do SUAS e necessidade de fluxos de cuidado pós-internação (Curitiba, 2026b).

Diante disso, justificou-se a elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social, não para defender ou rejeitar abstratamente a internação involuntária, mas para analisar criticamente suas condições de possibilidade, limites e riscos. O tema permitiu articular Serviço Social e Psicologia porque envolveu sofrimento psíquico, crise, escuta, subjetividade, vínculo, autonomia, rede socioassistencial e cuidado territorial. Ao mesmo tempo, preservou o lugar específico do Serviço Social ao situar a internação involuntária no campo das políticas públicas, dos direitos sociais, da questão urbana, da pobreza e da desigualdade.

2. OBJETIVOS

O objetivo geral deste trabalho foi analisar, por meio de revisão bibliográfica e documental, as interfaces entre Serviço Social, Psicologia e saúde mental na discussão sobre internação involuntária de pessoas em situação de rua, com atenção à atuação intersetorial entre SUS e SUAS no contexto de Curitiba.

Como objetivos específicos, buscou-se compreender como a literatura científica aborda a população em situação de rua no campo da saúde mental e da assistência social; discutir os limites éticos, técnicos e políticos da internação involuntária à luz da Reforma Psiquiátrica, da Lei nº 10.216/2001 e da Política Nacional para a População em Situação de Rua; identificar contribuições do Serviço Social e da Psicologia na construção de práticas intersetoriais de cuidado; e refletir sobre o caso recente de Curitiba como disparador analítico para problematizar proteção, autonomia, controle institucional e continuidade do cuidado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 População em situação de rua, vulnerabilidade e saúde mental

A situação de rua não pode ser compreendida apenas como ausência de moradia. Trata-se de um fenômeno social produzido por desigualdades estruturais, fragilização de vínculos, precarização do trabalho, violências, racismo, adoecimento, uso problemático de substâncias, ausência de renda e falhas de proteção social. Nessa perspectiva, a rua é simultaneamente espaço de sobrevivência, sociabilidade, exposição, controle e disputa de direitos.

A literatura em saúde coletiva indica que pessoas em situação de rua encontram barreiras concretas para acessar serviços públicos, inclusive quando apresentam sofrimento psíquico grave. Borysow e Furtado (2013) discutem que o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave depende da articulação entre serviços, pois a fragmentação da rede costuma produzir encaminhamentos sucessivos sem responsabilização efetiva. Wijk et al. (2019) também destacam a necessidade de atenção psicossocial e cuidado integral, considerando a complexidade das demandas de saúde dessa população.

Nesse campo, as equipes de Consultório na Rua representam uma estratégia importante para ampliar o acesso aos serviços de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, tais equipes são multiprofissionais e desenvolvem ações integrais voltadas às necessidades da população em situação de rua, especialmente em contextos de vulnerabilidade e vínculos familiares rompidos ou fragilizados (Brasil, 2026). A atuação territorial é fundamental porque desloca o cuidado de uma lógica exclusivamente institucional para uma lógica de busca ativa, vínculo e acompanhamento no território.

Para o Serviço Social, esse debate exige reconhecer que sofrimento psíquico e vulnerabilidade social não são fenômenos isolados. A crise em saúde mental, muitas vezes, aparece no ponto de encontro entre trajetórias de exclusão, ausência de moradia, violência institucional, racismo, desemprego, rompimento de vínculos e dificuldade de acesso aos serviços. A intervenção profissional, portanto, não deve reduzir o usuário à condição de "doente", "dependente" ou "problema urbano", mas compreendê-lo como sujeito de direitos inserido em relações sociais contraditórias.

3.2 Reforma Psiquiátrica e internação involuntária: proteção, excepcionalidade e direitos

A Reforma Psiquiátrica brasileira deslocou o centro do cuidado em saúde mental do hospital psiquiátrico para a atenção psicossocial territorial. Essa mudança não significa negar a existência de situações de crise, mas afirmar que a internação deve ser medida excepcional, justificada tecnicamente e articulada a um projeto terapêutico que preserve direitos e continuidade do cuidado. A Lei nº 10.216/2001 estabelece que a internação, em qualquer modalidade, somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (Brasil, 2001).

A mesma legislação diferencia internação voluntária, involuntária e compulsória. A internação involuntária ocorre sem consentimento do usuário e a pedido de terceiro, devendo ser comunicada ao Ministério Público Estadual no prazo legal. Essa exigência expressa a gravidade da medida, pois se trata de uma intervenção que limita a liberdade individual em nome de uma avaliação clínica de risco e necessidade de cuidado.

Barros e Serafim (2009) discutem que a justificativa da internação involuntária costuma estar relacionada à perda de autonomia decorrente de transtorno mental, quando a pessoa não consegue reconhecer a necessidade de tratamento ou proteger a si mesma. Ainda assim, os autores enfatizam a necessidade de parâmetros legais e técnicos rigorosos, justamente para evitar que a medida seja utilizada de modo arbitrário ou como resposta simplificada a problemas sociais complexos.

No caso da população em situação de rua, a questão torna-se ainda mais delicada. A ausência de moradia e o uso de drogas não podem, por si só, justificar internação. A excepcionalidade da medida precisa ser analisada em relação à existência de sofrimento psíquico grave, risco concreto, avaliação clínica, indisponibilidade momentânea de alternativas extra-hospitalares e garantia de acompanhamento posterior. Sem essas mediações, a internação pode deixar de ser cuidado e aproximar-se de práticas de limpeza social, controle urbano e violação de direitos.

3.3 Intersetorialidade entre SUS e SUAS: encontros entre Serviço Social e Psicologia

A intersetorialidade é uma categoria central para compreender o cuidado de pessoas em situação de rua com sofrimento psíquico. Nenhuma política pública, isoladamente, responde à complexidade do fenômeno. O SUS pode ofertar cuidado em saúde, atenção psicossocial, atenção básica, urgência e emergência; o SUAS pode ofertar proteção social especial, abordagem social, acolhimento institucional, fortalecimento de vínculos, acesso a benefícios e acompanhamento socioassistencial. Entretanto, quando esses sistemas atuam de forma fragmentada, o usuário tende a circular entre serviços sem continuidade, vínculo ou projeto comum.

Scheffer (2014) argumenta que saúde mental, intersetorialidade e questão social estão profundamente vinculadas, pois, a Reforma Psiquiátrica não se limita à reorganização de serviços, mas envolve reconhecimento da cidadania e enfrentamento das condições sociais que produzem sofrimento. Essa leitura aproxima a saúde mental do Serviço Social, na medida em que a profissão atua nas expressões da questão social e na defesa de direitos, sem reduzir a intervenção ao encaminhamento burocrático.

Macedo et al. (2020) discutem o trabalho em equipe e intersetorial nas políticas de saúde e assistência social voltadas à população em situação de rua, indicando que a articulação entre profissionais e serviços é condição para produzir cuidado real. Pereira et al. (2025), ao examinar a produção científica sobre políticas intersetoriais para essa população, também apontam que o cuidado exige transversalidade, pactuação e capacidade de construir respostas entre diferentes políticas públicas.

Na interface com a Psicologia, o Serviço Social pode contribuir para que a leitura do sofrimento psíquico não seja descolada das condições materiais de vida. A Psicologia, por sua vez, contribui para a escuta da subjetividade, dos vínculos, da crise e dos modos singulares de sofrimento. Quando articuladas, as duas áreas podem tensionar tanto o reducionismo biomédico quanto o reducionismo social, construindo uma análise que reconheça o sujeito em sua dimensão psíquica, histórica, social, política e territorial.

O Código de Ética Profissional do Assistente Social, ao afirmar compromisso com a liberdade, a democracia, a cidadania, a justiça social e a defesa intransigente dos direitos humanos, oferece base para problematizar práticas que possam naturalizar coerção, exclusão ou institucionalização indevida (CFESS, 1993). Assim, diante da internação involuntária, a atuação do assistente social deve contribuir para avaliação crítica das condições sociais, garantia de direitos, articulação da rede, participação da família quando possível, acesso a documentos, benefícios, acolhimento e construção de alternativas pós-alta.

3.4 O contexto de Curitiba como disparador da problematização

Em Curitiba, a Portaria Conjunta nº 2, publicada em dezembro de 2025, estabeleceu critérios e procedimentos para ações integradas voltadas a pessoas com transtornos mentais, associados ou não ao uso abusivo de álcool e outras drogas, incluindo pessoas em situação de rua (Curitiba, 2025). Em janeiro de 2026, a Prefeitura divulgou a primeira internação involuntária realizada com base nessa normativa, envolvendo atuação conjunta da Secretaria Municipal da Saúde, da Fundação de Ação Social e da Guarda Municipal (Curitiba, 2026a).

Segundo a comunicação oficial, os critérios considerados pelas equipes envolveriam incapacidade grave de autocuidado, risco à vida, risco de autoagressão ou heteroagressão, prejuízos graves à saúde e ameaça à ordem pública. Ainda que a justificativa oficial destaque o caráter pontual e protetivo da internação, a presença da assistência social e da segurança pública no mesmo fluxo evidencia a necessidade de análise crítica sobre os limites entre cuidado, proteção, controle e gestão do espaço urbano.

O debate público posterior indicou tensões importantes. Na Câmara Municipal de Curitiba, entidades e representantes da sociedade civil manifestaram preocupações com possíveis violações de direitos, ausência de controle social, fragilização do SUS e do SUAS e insuficiência de fluxos de cuidado pós-internação (Curitiba, 2026b). Tais críticas não anulam a existência de situações graves de crise, mas exigem que a medida seja analisada dentro de um projeto amplo de cuidado, e não como solução isolada para a presença visível da pobreza e do sofrimento psíquico nas ruas.

Esse contexto local oferece um recorte pertinente porque permite articular legislação, literatura científica, ética profissional e políticas públicas. A questão central não é apenas se a internação involuntária pode ou não ocorrer, mas em quais condições ela ocorre, quem avalia, quais alternativas foram tentadas, qual papel cada política desempenha, como se garante o retorno ao território, que rede acompanha a pessoa após a alta e como se evita que a internação se torne mecanismo de invisibilização da população em situação de rua.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza bibliográfica e documental, com caráter exploratório-descritivo. A escolha por revisão de literatura e análise documental justificou-se pela sensibilidade do tema, pela necessidade de evitar exposição de usuários e profissionais e pela pertinência de construir uma discussão teórica sobre a interface entre Serviço Social, Psicologia, saúde mental e população em situação de rua.

A pesquisa foi desenvolvida sem coleta direta de dados com seres humanos. O material analisado foi composto por artigos científicos, legislações, portarias, documentos oficiais e produções técnicas relacionadas à saúde mental, população em situação de rua, internação involuntária, Reforma Psiquiátrica, SUS, SUAS, intersetorialidade e atuação profissional.

4.2 Fontes de busca, descritores e critérios de seleção

O levantamento bibliográfico foi realizado em bases como SciELO, PePSIC, BVS, Google Acadêmico e repositórios institucionais, além de documentos oficiais publicados por órgãos públicos e conselhos profissionais. Foram utilizados descritores combinados, tais como: “internação involuntária”, “população em situação de rua”, “saúde mental”, “Serviço Social”, “Psicologia”, “intersetorialidade”, “SUS”, “SUAS”, “Consultório na Rua”, “Reforma Psiquiátrica” e “direitos humanos”.

Como critérios de inclusão, foram priorizados textos em língua portuguesa, publicados preferencialmente entre 2001 e 2026, considerando como marco inicial a Lei nº 10.216/2001. Também foram incluídas obras clássicas ou documentos normativos anteriores, quando relevantes para fundamentar o debate. Foram excluídos materiais sem pertinência direta com o objeto, textos opinativos sem base técnica ou documentos que não permitissem identificação mínima de autoria, data e origem institucional.

4.3 Estratégia de análise

A análise foi organizada por núcleos temáticos. Inicialmente, foram identificadas as principais categorias presentes na literatura: população em situação de rua, vulnerabilidade,

saúde mental, cuidado territorial, internação involuntária, autonomia, risco, intersetorialidade e direitos humanos. Em seguida, os documentos normativos foram cotejados com os achados da literatura, buscando compreender convergências, tensões e lacunas.

A discussão foi estruturada em quatro eixos: internação involuntária como medida-limite; articulação entre saúde, assistência social e segurança pública; contribuições do Serviço Social e da Psicologia para o cuidado em rede; e riscos de institucionalização, higienização social e descontinuidade do cuidado.

4.4 Considerações éticas

Por se tratar de estudo bibliográfico e documental, sem entrevistas ou coleta de dados pessoais, não houve identificação de participantes. Ainda assim, a pesquisa observou princípios éticos relativos ao respeito à dignidade humana, ao uso responsável de documentos públicos, à fidelidade das fontes e ao cuidado na abordagem de populações vulnerabilizadas.

A escrita evitou linguagem estigmatizante, culpabilizadora ou reducionista. Pessoas em situação de rua foram tratadas como sujeitos de direitos, e não como objeto de controle. O caso de Curitiba foi utilizado apenas como contexto de problematização, sem exposição de dados pessoais ou juízo individual sobre a pessoa internada.

O uso de ferramenta de inteligência artificial ocorreu como apoio à revisão gramatical, coesão textual e organização formal do documento, sem substituir a responsabilidade autoral, a seleção bibliográfica, a leitura crítica e a elaboração dos argumentos acadêmicos apresentados neste trabalho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Entre proteção e controle: a internação involuntária como medida-limite

A primeira tensão identificada na literatura e nos documentos normativos referiu-se ao lugar da internação involuntária. Em situações extremas, ela pode ser apresentada como medida de proteção da vida, especialmente quando há grave risco, perda de autocuidado e impossibilidade momentânea de adesão voluntária ao tratamento. Contudo, quando aplicada a pessoas em situação de rua, a medida carrega risco adicional de confundir sofrimento psíquico com incômodo urbano.

A Lei nº 10.216/2001 permite a internação involuntária, mas a insere dentro de um modelo que prioriza direitos e recursos extra-hospitalares. Portanto, a internação não deve ser interpretada como retorno ao paradigma manicomial, nem como resposta automática à crise. Ela precisa estar vinculada a avaliação técnica, temporalidade limitada, comunicação legal, plano terapêutico e continuidade do cuidado após a alta.

A análise crítica do Serviço Social é necessária porque a crise não aparece em vazio social. Uma pessoa em situação de rua pode estar em sofrimento psíquico intenso, mas também pode estar exposta à fome, frio, violência, ausência de documentos, falta de renda, luto, racismo, preconceito, uso de substâncias e vínculos rompidos. Se a internação responde apenas ao sintoma visível e não às determinações sociais, tende a produzir alívio momentâneo para a cidade, mas não necessariamente cuidado para o sujeito.

5.2 FAS, Saúde e Guarda Municipal: articulação intersetorial e tensões institucionais

A participação simultânea da Saúde, da FAS e da Guarda Municipal no contexto curitibano evidenciou a complexidade da demanda. A Saúde foi chamada a avaliar sofrimento psíquico, intoxicação, risco, possibilidade de tratamento e necessidade clínica. A Assistência Social foi convocada por lidar com população em situação de rua, vínculos, acolhimento, benefícios, rede socioassistencial e proteção social. A Guarda Municipal apareceu associada à segurança da ação, à mediação territorial e à contenção de riscos imediatos.

Essa composição, contudo, exige delimitação clara de papéis. Quando a intersetorialidade não é bem pactuada, pode ocorrer deslocamento do cuidado para a lógica da ordem pública. A presença da segurança pública não deve conduzir a abordagem a uma cena de punição, coerção ou criminalização da pobreza. Do ponto de vista ético, é necessário assegurar que a intervenção seja conduzida pela necessidade de cuidado e proteção, e não pela retirada da pessoa do espaço público.

O Serviço Social tem papel relevante nesse ponto, pois pode problematizar a trajetória institucional do usuário, identificar violações de direitos, articular acolhimento, benefícios e documentação, dialogar com a família quando houver possibilidade, registrar vulnerabilidades sociais e tensionar respostas meramente emergenciais. A Psicologia pode contribuir na escuta da crise, na compreensão da subjetividade, no manejo do sofrimento, no vínculo e na sustentação de uma clínica que não reduza o sujeito ao diagnóstico.

5.3 Contribuições do Serviço Social e da Psicologia no cuidado territorial

O encontro entre Serviço Social e Psicologia mostrou-se especialmente fecundo quando se compreendeu que o cuidado em saúde mental não se limita à prescrição, à internação ou à adesão individual. A vida nas ruas desafia modelos tradicionais de atendimento porque o usuário pode não comparecer aos serviços, não possuir documentos, não ter endereço, desconfiar das instituições ou vivenciar experiências anteriores de violência institucional.

Nesse cenário, o cuidado territorial demanda construção de vínculo, busca ativa, escuta qualificada, redução de danos, pactuação progressiva, articulação de rede e respeito ao tempo do sujeito. O Serviço Social contribui ao analisar as condições objetivas de vida, acessar direitos, construir mediações institucionais e enfrentar barreiras sociais. A Psicologia contribui ao compreender sentidos subjetivos, sofrimento, vínculo, desejo, medo, crise e possibilidades de elaboração.

A atuação intersetorial, entretanto, não pode depender apenas da boa vontade profissional. Ela exige fluxos pactuados, equipes capacitadas, serviços em número suficiente, supervisão, financiamento, registro, referência e contrarreferência. Sem isso, a internação

involuntária corre o risco de funcionar como porta de entrada emergencial sem porta de saída efetiva para a rede de cuidado.

5.4 Riscos de institucionalização, higienização social e descontinuidade do cuidado

A principal crítica ética à internação involuntária de pessoas em situação de rua refere-se à possibilidade de que ela seja utilizada como estratégia de higienização social. A expressão não significa negar a gravidade de determinadas crises, mas alertar para o risco de transformar sofrimento, pobreza e uso de drogas em justificativas para retirar corpos indesejados da cidade. Esse risco aumenta quando há ausência de controle social, fragilidade de dados públicos, baixa transparência dos fluxos e insuficiência de políticas permanentes de moradia e proteção social.

A descontinuidade do cuidado também constitui problema central. A internação pode estabilizar uma crise, mas não resolve, por si só, a ausência de moradia, renda, alimentação, vínculos, acompanhamento psicossocial e proteção contra violências. Quando a pessoa retorna ao mesmo território sem acompanhamento, a chance de reinternações sucessivas, rompimento de vínculo e agravamento da vulnerabilidade permanece elevada.

Por isso, uma análise crítica não deve restringir-se ao ato de internar. É necessário perguntar o que vem antes, durante e depois da internação. Antes: quais abordagens territoriais, ofertas de cuidado e vínculos foram construídos? Durante: quais direitos foram garantidos? Depois: qual rede assumiu o acompanhamento? Essa sequência permitiu deslocar o debate da internação como solução para a internação como evento-limite dentro de uma política de cuidado mais ampla.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho analisou a internação involuntária de pessoas em situação de rua em Curitiba como tema de interface entre Serviço Social, Psicologia e saúde mental. A discussão demonstrou que se trata de um objeto complexo, atravessado por direitos humanos, sofrimento psíquico, vulnerabilidade social, políticas públicas, autonomia, risco e intersetorialidade.

A revisão indicou que a internação involuntária não pode ser tomada como resposta simples para situações de crise nas ruas. Embora possa ser prevista legalmente em circunstâncias excepcionais, sua aplicação exige rigor técnico, justificativa clínica, comunicação aos órgãos competentes, temporalidade limitada e construção de cuidado posterior. Quando desvinculada de políticas territoriais, acolhimento, moradia, redução de danos e acompanhamento psicossocial, a medida pode reforçar práticas de controle, institucionalização e invisibilização da população em situação de rua.

Os objetivos propostos foram contemplados ao discutir a população em situação de rua no campo da saúde mental e da assistência social, analisar os limites éticos e políticos da internação involuntária e identificar contribuições do Serviço Social e da Psicologia para práticas intersetoriais de cuidado. O contexto de Curitiba funcionou como disparador analítico para problematizar proteção, autonomia, controle institucional e continuidade do cuidado.

Para o Serviço Social, o tema é relevante porque convoca a profissão a atuar na defesa de direitos, na leitura crítica da questão social, na articulação de redes e na construção de alternativas que não reduzam o usuário à crise. Para a Psicologia, o tema mobiliza a escuta do sofrimento, da subjetividade, do vínculo e dos modos singulares de existir no território. A articulação entre as duas áreas pode qualificar o debate e evitar tanto o reducionismo biomédico quanto a naturalização da vulnerabilidade social.

Concluiu-se que a internação involuntária, quando discutida no campo das políticas públicas, deve ser compreendida como medida-limite, excepcional e articulada a um projeto de cuidado mais amplo. A garantia de direitos, a transparência dos fluxos, o controle social e a continuidade do acompanhamento territorial são condições indispensáveis para que a proteção

não se converta em coerção, e para que a cidade responda à crise não apenas com retirada, mas com cuidado, vínculo e responsabilidade pública.

7. REFERÊNCIAS

BARROS, Daniel Martins de; SERAFIM, Antonio de Pádua. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 175-177, 2009. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rpc/a/MP39F3zDM6M7Hc8jXzmwpmJ/. Acesso em: 25 maio 2026.

BORYSOW, Igor da Costa; FURTADO, Juarez Pereira. Acesso e intersetorialidade: o acompanhamento de pessoas em situação de rua com transtorno mental grave. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-50, 2013. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/9hS93srJcFSHxk8bYs5SLvc/. Acesso em: 25 maio 2026.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm . Acesso em: 25 maio 2026.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm . Acesso em: 25 maio 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consultório na Rua. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua . Acesso em: 25 maio 2026.

CFESS. Código de Ética Profissional do/a Assistente Social. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf . Acesso em: 25 maio 2026.

CURITIBA. Portaria Conjunta nº 2, de 19 de dezembro de 2025. Estabelece critérios e procedimentos para ações integradas voltadas a pessoas com transtornos mentais, associados ou não ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2025. Disponível em: https://mid.curitiba.pr.gov.br/2026/00462618.pdf . Acesso em: 25 maio 2026.

CURITIBA. Saúde, FAS e Guarda Municipal atuam na internação involuntária de pessoa em situação de rua para tratamento. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 13 jan. 2026a. Disponível em: https://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/saude-fas-e-guarda-municipal-atuam-na-internacao-involuntaria-de-pessoa-em-situacao-de-rua-para-tratamento/81289 . Acesso em: 25 maio 2026.

CURITIBA. Câmara Municipal de Curitiba. Frente Parlamentar debate críticas à internação involuntária em Curitiba. Curitiba: CMC, 22 jan. 2026b. Disponível em: https://www.curitiba.pr.leg.br/informacao/noticias/frente-parlamentar-debate-criticas-a-internacao-involuntaria-em-curitiba . Acesso em: 25 maio 2026.

IAMAMOTO, Marilda Villela. O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

MACEDO, João Paulo et al. População em situação de rua: trabalho em equipe e intersetorialidade nas políticas públicas. Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João del-Rei, v. 15, n. 4, 2020. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-093X2020000400013&script=sci_arttext . Acesso em: 25 maio 2026.

PEREIRA, Carolina Santos et al. Caminhos e desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de atenção à população em situação de rua. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2025. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2025.v35n4/e350411/pt/ . Acesso em: 25 maio 2026.

SCHEFFER, Graziela. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 118, p. 366-393, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sssoc/a/hmm93SyZXS8DrjnxFwgYCFh/ . Acesso em: 25 maio 2026.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca et al. Quotidiano de equipes de Consultório na Rua: tecendo redes para a promoção da saúde. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/qfJYwnLCgmtCVdndNhnVz7x/ . Acesso em: 25 maio 2026.

WIJK, Lívia Bustamante van et al. Atenção psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 3357-3366, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/jkVXqj4J7w4FmxXVZ3YnWFy/ . Acesso em: 25 maio 2026.