

PUCRS

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

CARINE MAGALHÃES ZANCHI DE MATTOS

CONDIÇÕES E MODO DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Porto Alegre
2017

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA

CARINE MAGALHÃES ZANCHI DE MATTOS

CONDIÇÕES E MODO DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Porto Alegre

2017

CARINE MAGALHÃES ZANCHI DE MATTOS

CONDIÇÕES E MODO DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Gerontologia Biomédica.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Patrícia Krieger Grossi

Linha de pesquisa: Aspectos socioculturais, demográficos e bioéticos no envelhecimento.

Porto Alegre

2017

Ficha Catalográfica

M444 Mattos, Carine Magalhães Zanchi de

Condições e modo de vida das pessoas idosas em situação de rua / Carine Magalhães Zanchi de Mattos . – 2017.

235 f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Krieger Grossi.

1. pessoas em situação de rua. 2. envelhecimento. 3. serviços de saúde para idosos. 4. assistência a idosos. 5. políticas públicas.

I. Grossi, Patrícia Krieger. II. Título.

CARINE MAGALHÃES ZANCHI DE MATTOS

CONDIÇÕES E MODO DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Gerontologia Biomédica.

Aprovada em 15 de dezembro de 2017

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Luísa Amália Diehl – UFCSPA

Prof. Dr. Jairo da Luz Oliveira – UFSM

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós – PUCRS

Prof.^a Dr.^a Patrícia Krieger Grossi – PUCRS – Orientadora

*À minha filha.
Minha inspiração para a vida.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus.

Agradeço à minha família, que sempre me estimulou e acreditou em mim.

À CAPES, que me oportunizou a realização deste doutorado através de bolsa Taxas.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa final, Dr.^a Irani Iracema de Lima Argimon, Dr. Ângelo Bós, Dr. Jairo da Luz Oliveira e Dr.^a Luísa Amália Diel, que contribuíram com esta tese por meio das orientações e compartilhamento de seus saberes.

À professora e orientadora Patrícia Grossi em sua infinita dedicação, apoio, estímulo e motivação profissional e pessoal, de uma sensibilidade e de uma competência imensurável.

Aos bolsistas, aos participantes da pesquisa, profissionais envolvidos e a todos que colaboraram para efetivação desta pesquisa, obrigada pela confiança e apoio.

Ao meu esposo, que me apoiou em todos os momentos, foi um grande parceiro nesta empreitada e um grande companheiro, dedicando a mim paciência, amor e estímulo. Sem teu apoio não seria possível concluir este trabalho.

À minha filha, razão da minha existência.

*“Eu só peço a Deus
Que a dor não me seja indiferente
Que a morte não me encontre um dia
Solitário sem ter feito o q'eu queria*

*Eu só peço a Deus
Que a injustiça não me seja indiferente
Pois não posso dar a outra face
Se já fui machucada brutalmente*

*Eu só peço a Deus
Que a guerra não me seja indiferente
É um monstro grande e pisa forte
Toda a pobre inocência dessa gente*

*Eu só peço a Deus
Que a mentira não me seja indiferente
Se um só traidor tem mais poder que um povo
Que este povo não esqueça facilmente*

*Eu só peço a Deus
Que o futuro não me seja indiferente
Sem ter que fugir desenganando
Pra viver uma cultura diferente”*

León Gieco

RESUMO

As condições e modo de vida das pessoas em situação de rua merecem ser estudadas devido à complexidade de fenômenos como a transição demográfica na rua, a dificuldade de reinserção social, o desemprego estrutural, a desconstrução social e a desvalorização do indivíduo, configurando essa camada como quem vive na miséria extrema, desvinculada da produção social, e que se dedica a atividades marginais (FERNANDES; RAIZER; BRÊTAS, 2007). Este estudo irá contribuir para suprir uma lacuna na área do conhecimento, pois estudos sobre idosos em situação de rua são incipientes. Este é um estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa cujo objetivo geral é compreender as condições, o modo de vida e as repercussões do envelhecimento para pessoas com mais de sessenta anos de idade, que vivem em situação de rua em Porto Alegre. Foram selecionadas 19 pessoas idosas em situação de rua, por amostragem aleatória simples e fechamento amostral por saturação teórica, entrevistadas nos serviços de acolhimento da FASC e também nas ruas no período de 2015 a 2017. Foi realizada análise textual discursiva conforme proposta por Roque Moraes. A maior parte dos pesquisados têm entre 60 e 69 anos, são negros ou pardos, têm ensino fundamental incompleto, trabalham ou não têm renda, ficam nas ruas e estão nessa condição há um período entre 1 a 5 anos, em decorrência de desentendimentos familiares e difíceis condições financeiras. Declaram estar nas ruas por falta de oportunidades e acesso aos direitos fundamentais. Têm como estratégias de sobrevivência o recurso a locais movimentados, o uso dos dispositivos de acolhimento institucional, o vínculo com conhecidos que doam roupas e alimentos, o trabalho informal e, no caso das mulheres, o relacionamento com um companheiro. Para as pessoas em situação de rua, qualidade de vida é ter acesso àquilo que não possuem, como saúde, alimentação, família/cuidador/esposa e uma “pecinha” para morar. Expressam a violência estrutural e a interseccionalidade vivenciadas desde o nascimento, na negligência do Estado, na falta de acesso às políticas públicas de trabalho, educação, saúde, habitação, entre outras. Suas experiências sociais são influenciadas também por marcadores de diferença de gênero, de etnia, de território, de classe social, de condição física, entre outros. A violência institucional se expressa nos atendimentos que recebem ou pela negligência e a violência de gênero é tão comum que chega a reduzir significativamente o número de mulheres em situação de rua, de forma que procuram quaisquer outras maneiras de sobrevivência. Relatam que teriam qualidade de vida se tivessem uma outra história, com acesso aos seus direitos básicos de cidadania. Enquanto vivenciam a privação de direitos, acreditam que não há qualidade de vida, exceto a

fé que os mantém. O estudo concluiu que é importante que se criem espaços para discutir essas questões a nível nacional, na academia e no âmbito das políticas públicas, dando voz para que essa população expresse suas demandas e que o Estado possa garantir os direitos básicos dessa população, ponto fundamental para promoção de um envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua. Assistência a idosos. Idoso. Políticas Públicas. Serviços de saúde para idosos.

ABSTRACT

The conditions and way of life of street people deserve to be studied due to the complexity of phenomena such as the demographic transition in the street, the difficulty of social reintegration, structural unemployment, social deconstruction and the devaluation of Individual, setting up this layer as who lives in extreme misery, unlinked from social production, and who is dedicated to marginal activities (FERNANDES; RAIZER; BRÊTAS, 2007). This study will contribute to a gap in the area of knowledge, because studies on elderly people in the street are incipient. This is a descriptive and qualitative study whose general objective is to analyze the conditions, way of life and the repercussions of aging for people over sixty years of age who live in a street situation in Porto Alegre. Nineteen elderly people were selected on the street, by simple random sampling and theoretical closure by theoretical saturation, interviewed in the FASC reception services and also on the streets in the period from 2015 to 2017, respecting the ethical precepts of Resolution 466/12. Discursive textual analysis was performed as proposed by Roque Moraes. The majority of those surveyed are between 60 and 69 years old, are black or brown, have incomplete elementary education, work or do not have income, stay in the streets and are in this condition for a period between 1 and 5 years, due to family disagreements and difficult financial conditions. They declare being on the streets for lack of opportunities and access to fundamental rights. Survival strategies include the use of sheltered places, the use of shelter (shelter, shelter...), the link with acquaintances who donate clothes and food, informal work and, in the case of women, the relationship with a life partner. For people on the street, quality of life is having access to what they do not have, such as health, food, family / caretaker / wife and a "little house" to live in. They express the structural violence and intersectionality experienced since birth, the neglect of the State in the lack of access to a good birth, a school, followed by the experience of child labor, non-access to formal work, with gender markers for being a woman, ethnic because it is black, territory for being on the street, social for having low or no income and so on. Institutional violence is expressed in the looks and care they receive or through neglect, and gender violence is so common that it significantly reduces the number of women on the street, so they look for other ways of surviving. They report that they would have quality of life if they had another story, with access to their rights as a home, work, health, bonds, food and water. The discourses of daily suffering and violations also affect them directly. While they experience deprivation of rights, they believe that there is no quality except the faith that sustains them. The study concluded that it is important to create

spaces to discuss these issues at the national level, in the academy and in the practice of public policies, guaranteeing the basic rights and giving a voice so that this population can express their reality of life, without prejudice or stigmas common to common sense. Providing fairness of basic rights for the entire population, as well as the national structural preparation to meet this new demand for street elderly, is essential for health promotion and active aging for all, including those living on the margins of society.

Keywords: Homeless persons. Old age assistance. Public policy. Health services for the aged.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Composição da população brasileira residente, por sexo segundo os grupos de idade	19
Gráfico 2 – Pessoas em situação de rua por idade, no Brasil	27
Quadro 1 – Faixa etária das pessoas entrevistadas em situação de rua em Porto Alegre.....	28
Quadro 2 – Recursos Humanos do Centro Dia.	33
Organograma 1 – Serviços FASC	35
Figura 1 – Casa Lar do Idoso POA	37
Quadro 3– Sistematização da coleta de dados de pesquisa	39
Quadro 4 – Esquema da coleta de dados	41
Figura 2 – Focos da análise textual discursiva	42
Figura 3 – Etapas de cada foco da ATD.....	43
Figura 4 – Ciclo da análise textual qualitativa	44
Gráfico 3 – Percentual de municípios que ofertaram serviço de Proteção Social Especial de alta complexidade, segundo o tipo de serviço realizado	50
Gráfico 4 – Percentual de municípios que ofertam serviço de Proteção Social Especial de alta complexidade, por tipo de serviço realizado, segundo as Grandes Regiões	51
Quadro 5 – Características que definem vulnerabilidade.....	72
Quadro 6 – Marcos legais da assistência social no Brasil	87
Quadro 7 – Comparativo COM e SEM o SUAS	93
Quadro 8 – Linha do tempo de publicações, políticas e ações voltadas às pessoas idosas	99
Quadro 9 – Modalidades de serviço de atendimento ao idoso no Brasil.....	100
Quadro 10 – Tipificação dos serviços Socioassistenciais.	105
Quadro 11 – Linha do tempo de publicações, políticas e ações voltadas à população em situação de rua	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Local da entrevista.....	53
Tabela 2 – Características demográficas das pessoas idosas em situação de rua.....	57
Tabela 3 – Modoe condições de vida das pessoas idosas em situação de rua.....	65
Tabela 4 – Uso de substâncias psicoativas	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CADÚNICO – Cadastro Único

CEP – Conselho de Ética em Pesquisa

CMI – Conselho Municipal do Idoso

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

FASC – Fundação de Assistência Social e Cidadania

FMI – Fundo Municipal do Idoso

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

ILPIs – Instituições de Longa Permanência para Pessoas idosas

OMS – Organização Mundial de Saúde

Centro POP – Centros de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua

PNPSR – Política Nacional das Pessoas em Situação de Rua

PSR – Pessoas em Situação de Rua

PISR – Pessoa Idosa em Situação de Rua

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SR – Situação de Rua

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	19
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A TEORIA DA GERONTOLOGIA SOCIAL CRÍTICA: BREVES CONSIDERAÇÕES	19
3 OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4 PERCURSO METODOLÓGICO	256
4.1 PROBLEMA DA PESQUISA	26
4.2 QUESTÕES NORTEADORAS	26
4.3 UNIVERSO DA PESQUISA	26
4.3.1 Sujeitos do estudo.....	27
4.3.2 Critérios de Inclusão.....	28
4.3.3 Critérios de Exclusão	28
4.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
4.5 LÓCUS DA PESQUISA	29
4.5.1 História da FASC	30
4.5.2 Serviços ofertados pela FASC	31
4.5.3 Pioneirismo da Casa Lar do Idoso em Porto Alegre	36
4.6 FASES DA PESQUISA.....	37
4.6.1 Fase 1: Pré-teste do instrumento de pesquisa.....	37
4.6.2 Fase 2: Seleção dos participantes	38
4.6.3 Fase 3: Coleta de dados inicial	39
4.6.4 Fase 4: Coleta dos dados final	40
4.6.5 Fase 5: Sistematização e análise textual discursiva do conteúdo.....	41
4.7 INSTRUMENTOS.....	45
4.7.1 Fase inicial de coleta de dados: Instrumentos WHOQOL e perfil censitário	45
4.7.1.1 Qualidade de Vida	45
4.7.1.2 Qualidade de vida dos idosos	46
4.7.1.3 Características socioculturais e demográficas	46
4.7.2 Fase final da coleta de dados: formulário subjetivo de QDV	46
4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	47

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 DESVELANDO O CONTEXTO PESQUISADO	48
5.1.1 Descrição dos participantes da pesquisa – população idosa em situação de rua.....	48
5.2 ENVELHECIMENTO NAS RUAS, AGRAVOS NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL E REPERCUSSÕES NO TRABALHO	71
5.3 CONDIÇÕES DE VIDA NA RUA, ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA E PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA	78
5.3.1 Condições de vida	79
5.3.2 Estratégias de sobrevivência	81
5.3.2.1 Política Nacional da Assistência Social (PNAS).....	86
5.3.2.2 Sistema Único de Assistência Social (SUAS).....	88
5.3.2.3 Políticas Públicas, ações e leis para pessoas idosas.....	93
5.3.2.4 Políticas Públicas, ações e leis para pessoas em situação de rua.....	102
5.3.2.4.1 Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua (PNPSR)	110
5.3 PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA	112
5.4 VIOLÊNCIA ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL E SEUS IMPACTOS NO COTIDIANO DAS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA.....	116
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
7 CONCLUSÃO.....	129
REFERÊNCIAS	130
APÊNDICE A – EMENDA CEP.....	157
APÊNDICE B – FORMULÁRIO SUBJETIVO DE QDV	159
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	162
APÊNDICE D – ARTIGO 1	164
APÊNDICE E – ARTIGO 2	180
APÊNDICE F – ARTIGO 3.....	196
APÊNDICE G – CARTA DE AUTORIZAÇÃO FASC.....	216
APÊNDICE H – ESTADO DA ARTE.....	217
ANEXO A – DOMÍNIOS DE QDV WHOQOL	220
ANEXO B – WHOQOL BRIEF	221
ANEXO C – WHOQOL OLD	224
ANEXO D – PERFIL CENSITÁRIO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DE POA/FASC	228
ANEXO E – APROVAÇÃO DO CEP	233

ANEXO F – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA.....	235
--------------------------------------------------------	------------

1 INTRODUÇÃO

O Estado tem o desafio de dar conta das necessidades e de garantir os direitos fundamentais das pessoas idosas em situação de rua, que se apresentam como uma população que vem aumentando rapidamente nas estatísticas. Compreender suas condições e seu modo de vida colabora na identificação das suas características, a fim de propor ações e políticas públicas que venham ao encontro das suas necessidades, minimizem a vulnerabilidade e despertem o olhar social e a responsabilidade do Estado perante essas pessoas.

A condição das pessoas idosas em situação de rua é um tema pouco explorado no universo acadêmico; por outro lado, a situação das pessoas em situação de rua (PSR), sem a especificidade da idade, é um assunto que está em ampla expansão. Há inúmeros artigos sobre essa população, em especial na área do serviço social, porém, são raros os trabalhos, especialmente na área da saúde, que abordem pessoas idosas e suas condições e modo de vida.

No primeiro semestre de 2016, foram encontrados seis artigos que se referenciam ao idoso nessa situação, numa das melhores bases de dados para pesquisa de artigos científicos, a SCIELO. Eles são: Mattos e Ferreira (2005); Bretas et al. (2010); Fernandes, Raizer e Bretas (2007); Sousa e Lovisi (2007), Frias (2014) e Gonçalves (2015). Também foram encontrados artigos sobre a qualidade de vida das pessoas moradoras de rua e das pessoas idosas, totalizando 210 artigos sobre a qualidade de vida dos idosos, 150 artigos sobre pessoas em situação de rua e nenhum artigo sobre qualidade de vida da pessoa idosa em situação de rua.

O tema proposto é pouco abordado na área acadêmica em saúde, com poucos artigos que reproduzam a abordagem dos assuntos em conjunto (condições e modo de vida + idoso + pessoa em situação de rua). Geralmente os artigos encontrados propõem apenas um ou dois dos temas.

A análise das condições e do modo de vida das pessoas idosas em situação de rua e das repercussões na sua qualidade de vida torna-se importante porque possibilita mostrá-las como cidadãs que possuem direitos e deveres. Tal percepção estimula a mudança do olhar estigmatizado e preconceituoso, permitindo a essas pessoas serem tratadas com dignidade e respeito e inserindo-as nas estratégias governamentais e nas políticas públicas, sendo esse fenômeno um desafio político e científico. Quando compreendermos o que é a condição do idoso, não poderemos nos contentar em reivindicar uma *política do idoso* mais generosa, uma elevação das pensões, habitações sadias e lazeres organizados. É todo um sistema que está em jogo, e a reivindicação só pode ser radical (FERNANDES; RAIZER; BRÊTAS, 2007).

Nesse sentido, esta pesquisa visa compreender as condições e modo de vida e as repercussões do envelhecimento para pessoas com mais de sessenta anos de idade que vivem em situação de rua em Porto Alegre. Tem como objetivos específicos: identificar as características socioculturais e demográficas dessas pessoas idosas em situação de vulnerabilidade; descrever os agravos de saúde advindos do processo de envelhecimento nas ruas, como este acontece e as repercussões deste no trabalho; compreender os modos e as condições de vida e estratégias de sobrevivência e as percepções de qualidade de vida; e investigar a violência estrutural e institucional vivenciada e seus impactos no cotidiano das pessoas idosas em situação de rua.

O presente trabalho estrutura-se em sete capítulos, compreendendo desde a concepção do projeto de pesquisa (capítulos 2 ao 4), da análise à conclusão (capítulos 5 ao 7). O segundo capítulo apresenta breves considerações sobre o processo de envelhecimento populacional e a teoria que fundamenta esta tese, qual seja, a Gerontologia Social Crítica. No capítulo 3, é apresentado os objetivos e no capítulo 4 o percurso metodológico, escolhido para responder ao problema da pesquisa, de forma operacionalizada, desde a definição do universo da investigação até a sistematização das cinco fases do projeto, que começa nos testes preliminares e termina na análise textual discursiva do conteúdo, com vistas ao respeito aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

A fundamentação teórica deste trabalho será apresentada no capítulo seguinte, juntamente com os resultados e a discussão destes. O capítulo 5 inicia desvelando o contexto pesquisado, descrevendo as características e modos de vida das pessoas idosas pesquisadas (n=19) e discussão dos resultados, sendo um item com conteúdo descritivo para contextualização e compreensão das discussões. A seguir partimos para o estudo sobre o envelhecimento nas ruas, os agravos na saúde física e mental e as repercussões no trabalho, que representam a análise da categoria física, seguido da análise das condições de vida na rua, as estratégias de sobrevivência e as percepções de qualidade de vida, centrados na categoria modos de vida, e também aborda as políticas públicas voltadas para esta população e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Finalizando o capítulo 5 apresentamos a violência estrutural e institucional e seus impactos nas pessoas alvo deste estudo, categorias que emergiram da pesquisa. As referências apresentadas representam um conjunto de esforços para dar visibilidade a produções pertinentes à problemática estudada.

Os capítulos seguintes (6 e 7) finalizam com fechamento da temática para reflexão a novos questionamentos, já que respondem aos objetivos propostos no início da pesquisa. O

capítulo 6 menciona as considerações finais sobre a temática pesquisada e o capítulo 7 conclui a pesquisa e seus possíveis desfechos e contribuições na área.

Os apêndices de A ao C referem-se à emenda ao CEP, ao instrumento de coleta de dados da segunda fase, elaborado pela autora, fundamentado no WHOQOL e no referencial teórico construído e ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os apêndices D ao F são os artigos submetidos às Revistas Científicas: *Kairós* (Qualis B3), aprovados para publicação, *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento Humano* (Qualis B1) e *Saúde e sociedade* (B1), aguardando parecer avaliativo. O apêndice G refere-se à carta de autorização da FASC, e o apêndice H, ao estado da arte com relação à temática.

O anexo A apresenta os domínios que fundamentam o WHOQOL para qualidade de vida. Os anexos B e C referem-se aos instrumentos de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-brief e WHOQOL-old, usados na primeira fase, bem como o anexo D, que é o perfil censitário das pessoas em situação de rua. Por fim, o anexo E apresenta a cópia da aprovação do CEP e o anexo F a aprovação da comissão científica da PUCRS.

A pessoa idosa que está em situação de rua conduz a reflexão sobre a situação do envelhecimento neste local, que quase sempre é hostil. A rua não garante condições básicas de vida, interfere na saúde mental, não mostra possibilidades de saída, leva a um processo gradual da perda da autoestima, interfere no autocuidado e na capacidade funcional, coloca em risco a sobre/vida. As pesquisas temáticas nessa área ainda são exordiais, devendo ser estimuladas e estudadas numa visão complexa da realidade existente para nela interferir adequadamente (FERNANDES; RAIZER; BRÊTAS, 2007).

Enfim, possibilitar agregar valor à produção do conhecimento na enfermagem e demais áreas multiprofissionais voltadas às pessoas idosas em situação de rua pode ser o início de uma jornada. A reflexão sobre valores humanos no que diz respeito às desigualdades sociais e à banalização da injustiça social ao ver esse segmento populacional exige atuações que o visem como sujeito e não como objeto passivo de caridade e assistencialismo (FERNANDES; RAIZER; BRÊTAS, 2007).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este item pretende apresentar a pesquisa teórica sobre o tema proposto a fim de fundamentar as discussões com foco teórico-científico.

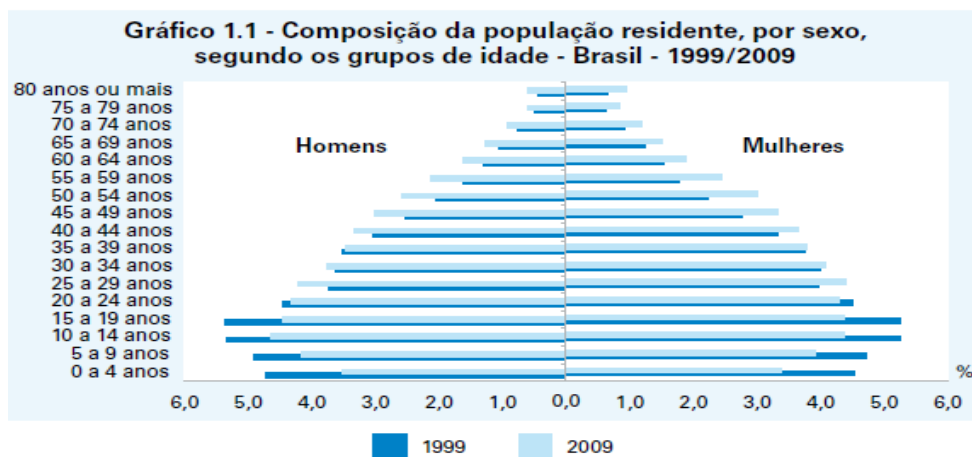
2.1 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E A TEORIA DA GERONTOLOGIA SOCIAL CRÍTICA: BREVES CONSIDERAÇÕES

Pretende-se discutir o processo de envelhecimento populacional e as formas de atender a essa nova demanda, tendo como proposta o conhecimento sobre o envelhecimento através da teoria gerontológica social crítica.

A composição etária da população brasileira modificou-se nos últimos anos, mostrando um aumento significativo do número de idosos no país. As taxas de fecundidade e de natalidade diminuíram, conseqüentemente houve estreitamento na base da pirâmide populacional e incremento no pico, que representa a população idosa de 70 anos ou mais (IBGE, 2010).

Em 1999, havia 6,4 milhões de pessoas nessa faixa etária (3,9% da população total), enquanto em 2009 a população atinge um efetivo de 9,7 milhões de idosos, correspondendo a 5,1%. Atribui-se essa mudança populacional ao controle continuado dos níveis de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida (IBGE, 2010), conforme mostra o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Composição da população brasileira residente, por sexo segundo os grupos de idade



Fonte: IBGE (2010, p.28).

O envelhecimento celular que ocorre no processo de envelhecimento humano, quando sobrecarregado, acarreta limitações à saúde. Por isso, o envelhecimento populacional desperta

um importante foco de atenção em saúde que abrange questões como acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde (IBGE, 2010). Desta forma, o Ministério da Saúde sugere diretrizes para o cuidado integral de saúde da pessoa idosa. Dentre as diretrizes, estão: organização da oferta integral de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) por definição de competências, mecanismos de comunicação, garantia de recursos, articulação nas esferas de governo e respeito aos princípios do SUS; monitoramento da oferta, demanda e acesso do idoso aos serviços de saúde; construção de processos de qualificação e integração da atenção básica e serviços referenciados; realização da avaliação multidimensional rápida; conscientização do atendimento prioritário ao idoso; formação profissional em geriatria e gerontologia; utilização da carteira de saúde da pessoa idosa, garantindo a longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012). Essas diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde tentam acolher a população idosa com prioridade, já que as estatísticas comprovam, além do aumento da população, o aumento de doenças crônicas associadas como reflexo da mudança ocorrida na pirâmide populacional.

Pode-se dizer que envelhecer sem doença crônica é uma exceção, entretanto, ter a doença não significa necessariamente exclusão social. Se o idoso continua ativo na sociedade, mantendo sua autoestima, é considerado “saudável” pelos estudiosos, mesmo porque as estatísticas mostram que, dentre as pessoas de 60 anos ou mais, apenas 22,6% declararam não possuir doenças crônicas (IBGE, 2010). Diante desse fato, vivenciar o processo de envelhecimento está atrelado a variados cuidados para garantir a qualidade de vida. Nas avaliações sobre o estado de saúde geral do idoso, é muito importante considerar variados aspectos relacionados às condições de vida desse sujeito; em especial, destaca-se a participação social (IBGE, 2010). Com o envelhecimento populacional, é imprescindível que o mundo se reorganize para atender a essa nova demanda. Uma das principais formas de preparo é o conhecimento sobre o envelhecimento, e o estudo da evolução das teorias gerontológica colabora para esse fim.

A importância das teorias para o avanço do conhecimento sobre o envelhecimento se marca no sentido de respaldar propostas de intervenção, as quais cada vez mais demandam a atuação das diversas profissões no campo da gerontologia. O conhecimento já sistematizado orienta as perspectivas que atendem às peculiaridades do envelhecimento brasileiro, apresentada por Bengtson, Burges e Parrot (1997) e classificada por gerações, permitindo conhecer suas origens intelectuais e contribuição anteriores para a formulação de novas teorias (FREITAS et al., 2002).

As teorias gerontológicas sociais estão classificadas em três gerações. Na primeira geração (1949 a 1969), a unidade de análise é o indivíduo, independentemente do contexto e dos fatores sociais; na segunda geração (1970 a 1985), a unidade de análise é o nível macrossomal, focalizado nas condições sociais do processo de envelhecimento; e na terceira geração, são agrupadas as teorias anteriores, e então dada ênfase aos aspectos estruturais do envelhecimento (FREITAS et al., 2002).

Neste estudo, optamos pela teoria da gerontologia crítica, que está correlacionada à perspectiva marxiana (SALGADO, 1999), influenciada pela abordagem político-econômica de Marx e pelo pós-estruturalismo de Foucault (FREITAS et al., 2002). Foi fundamentada na tradição teórica europeia, representada pela escola de Frankfurt e por pensadores como Adorno, Horkheimer, Habermas, Husserl e Schultz, que emergiram recentemente na gerontologia com proposições teóricas agrupadas sob a denominação de teoria crítica. Pertence à terceira geração, aborda a desigualdade dos recursos econômicos e fornece como base para a investigação duas dimensões: a estrutural e a humanística (PAIVA, 2014).

Para a compreensão dessa teoria, elementos como sociedade, tendências econômicas, fator socioestrutural, poder e ação social, bem como subjetividade, interpretação do envelhecimento e reconhecimento da heterogeneidade do processo de envelhecimento, são temas centrais (CLOS, 2016). A gerontologia crítica fundamenta-se nas proposições de Marx. Sendo assim, o estudo da sociedade parte de uma base material (fatos econômicos) e as outras dimensões da realidade, como política, cultura e arte estão sustentadas por ela. Não há interesse em harmonia social, mas no resultado da luta de classes que se estabelece na medida em que vão se constituindo os contrários (DIAS, 2010).

Ser idoso numa sociedade que impõe a juventude é um conceito que traduz e está relacionado à posição ocupada pelo sujeito na divisão social do trabalho e no processo produtivo. Enquanto o idoso não participa do processo, é visto como dependente. Marx, abordando o sedimento da superpopulação relativa que vegeta na indigência, no pauperismo, afirma que os “degradados”, “desmoralizados” e incapazes de trabalhar “[...] São notadamente os indivíduos que sucumbem em virtude de sua incapacidade de adaptação, decorrente da divisão do trabalho; os que ultrapassam a idade normal de um trabalhador¹, e as vítimas da indústria, os mutilados, enfermos, viúvas etc. [...]” (MARX, 2013, p. 747).

¹O Decreto N°5.118, de 19 de outubro de 1872 (época de Marx), no seu Art. 291 refere que será aposentado com ordenado por inteiro o empregado que ficar impossibilitado para exercer o seu lugar por motivo de moléstia ou de avançada idade, e contar trinta ou mais anos de serviço efetivo; e com ordenado proporcional o que nessas condições tiver menos de trinta e mais de dez anos; serão considerados como serviços úteis para a aposentadoria: empregos públicos de nomeação do Governo e exercício ou na armada, como oficial ou praça (BRASIL,

Para Alves (2014), segundo Marx (2013, p. 747), “O pauperismo constitui o asilo dos que não pertencem ao exército ativo dos trabalhadores, e que sua produção e necessidade constituem condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza”. Dessa forma, para Alves (2014, p.42):

[...] na perspectiva da Gerontologia Social Crítica considera-se que a velhice, assim como toda a vida do trabalhador, é aviltada pelas condições concretas desfavoráveis à valorização do que é humano e a favor do desenvolvimento do capital. Os velhos fazem parte e estão inseridos na estrutura que sustenta o sistema de produção capitalista, tendo suas vidas afetadas pelo conjunto de medidas que priorizam a obtenção de lucro para empresas e indivíduos privados. A realidade, nessas condições, é, então, desfavorável à dignidade dos velhos e velhas da classe trabalhadora. O ser humano, submetido a essa lógica, só tem valor enquanto representa força de trabalho para o capital, sendo facilmente —descartado quando improdutivo, mas ainda —reutilizado enquanto consumidor[...].

Ao relacionar a fundamentação da teoria da gerontologia social crítica com as populações idosas em situação de rua, nota-se a dupla exclusão pela condição de improdutivo por ser idoso e pouco utilizado como consumidor, devido a estar em situação de rua, com pouca condição econômica para acesso a bens e serviços. A partir dessa lógica do capitalismo, a população idosa em situação de rua aparece com invisibilidade ou como um “peso”, descartada socialmente, já que não é mais considerada produtiva ou consumista.

O uso do termo “crítica” como sinônimo da perspectiva marxista tem como centro a reflexão nas dimensões política e econômica da sociedade. A crítica emerge como um contraponto ao senso comum e pode ser reconhecida enquanto movimento que não se contenta com a aparência, mas busca a essência dos fenômenos, onde o confronto de posições é fundamental na apreensão de como a teoria crítica pode ser percebida (FALEIROS, 2013).

A Teoria Crítica focaliza duas dimensões, a estrutural e a humanística, e apresenta como base os conceitos de poder, de ação social e de significados sociais. Com isso, trabalha os aspectos da subjetividade e a dimensão interpretativa do envelhecimento; das práxis, entendida como a de envolvimento em ações que visem mudanças; da importância da união entre acadêmicos e profissionais para produção de conhecimento com foco no envelhecimento

1872).Atualmente a aposentadoria se dá por meio de três regras: 1) A Regra 85/95 progressiva que será a soma da idade + tempo de contribuição (85 anos para mulher e 95 anos para o homem); 2) a Regra com 30/35 anos de contribuição e 3) a Regra para proporcional (Idade mínima de 48 anos para mulher e 53 anos para o homem, com 25/30 anos de contribuição (BRASIL, 2017a). Com a reforma da previdência, se aprovada, a aposentadoria passa a ser concedida para os brasileiros apenas a partir dos 65 anos com contribuição de no mínimo 25 anos (BRASIL, 2017b).

emancipatório²;e da necessidade de crítica ao conhecimento existente, à cultura e à economia vigente para criação de novos modelos que ressaltem a força e a diversidade (FREITAS et al., 2002).

Como preconiza o capitalismo, na medida em que o sujeito-trabalhador passa a não ter a condição ideal de produção, este é relegado a um status inferior no contexto social. Isso ocorreu com a mudança nas relações de produção e com as exigências sobre aquele que vende sua força de trabalho; as vulnerabilidades decorrentes do desgaste e do avanço da idade passaram a ser rechaçadas (CLOS, 2016).

A Gerontologia foi uma construção histórica, que vem se reconstruindo para atender às exigências postas na realidade contemporânea. Atende a demandas legítimas e contribui para a visibilidade do tema, porém necessita de uma vertente crítica, por isso é proposta a Gerontologia Social Crítica, a fim de compreender a velhice como um fenômeno socialmente construído, com expressões particulares para a classe explorada pelo capital, inserindo-a na realidade material dos trabalhadores envelhecidos (ALVES, 2014).Para Tornstam (1992), a gerontologia social fundamentada no positivismo produziu um modelo de envelhecimento que considera como problema social o desvio dos padrões normativos. O autor propõe uma abordagem gerontológica de cunho humanístico, que possibilite aos próprios idosos definirem as questões mais significativas do envelhecimento a serem abordadas em estudos e pesquisas.

O envelhecimento, longe de ser um processo multidimensional, a velhice, longe de ser a fase que completa o curso de vida humana, e o homem velho, a mulher velha, longe de serem indivíduos que viveram muito tempo, são conceitos que traduzem sistemas de ideias e valores que elegem a juventude como uma fase que representa um ideal a ser alcançado, independentemente da idade de quem o tente alcançar. O envelhecimento humano não se limita aos aspectos biológicos, sendo também um processo cultural e devendo, portanto, ser apreendido no movimento histórico das relações de produção e reprodução social (PAIVA, 2012).

Posto isso, podemos iniciar a discussão sobre o envelhecimento e a qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua como questões secundárias dentro das exigências postas pelo capitalismo e pelo neoliberalismo. A responsabilização do indivíduo pelas condições de seu desenvolvimento e pela qualidade de vida são reflexo da crise vivenciada a partir da ruptura

² A teoria crítica integra um pensamento emancipatório, ou seja, refere-se àquilo que poderia existir, nomeadamente o que poderia existir melhor. A abordagem dessa teoria corresponde não ao estudo dos “fatos naturais” da velhice, mas, sim, ao estudo dos aspectos sociais que mostram que esses factos são socialmente construídos e que, por isso, poderiam ser outros (PESTANA, 2003).

com o modo de vida da sociedade capitalista industrial e da passagem para o modo de vida inserido no capitalismo financeiro (FALEIROS, 2013). Sendo assim, a supervalorização das coisas e o aumento da subsunção do trabalho ao capital fazem com que as relações entre os homens passem também a ser relações entre coisas. Como afirma Marx (1844), a desvalorização do mundo humano aumenta na razão direta do aumento de valor do mundo dos objetos.

Isso é discutido nos próximos capítulos, onde analisamos como a “coisificação” da população idosa em situação de rua diferencia-a da condição humana, do olhar do outro. Dessa forma, consideramos pertencentes à Gerontologia Social Crítica essas produções e as demais que classificam os sujeitos da problemática social da velhice não apenas como velhos ou idosos, mas, sobretudo, como trabalhadores submetidos à venda da sua força de trabalho para o capital, que sofrem os efeitos do trabalho estranhado/alienado e que, ao envelhecerem, são afastados da produção e considerados inativos, improdutivos e descartáveis socialmente (ALVES, 2014).

3 OBJETIVOS

Os objetivos da pesquisa serão descritos como geral e específicos, conforme abaixo:

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as condições e modo de vida e as repercussões do envelhecimento para pessoas com mais de sessenta anos de idade que vivem em situação de rua em Porto Alegre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características socioculturais e demográficas dessas pessoas idosas em situação de vulnerabilidade;
- Descrever os agravos de saúde advindos do processo de envelhecimento nas ruas, como este acontece e as repercussões deste em seus trabalhos;
- Compreender os modos e as condições de vida e estratégias de sobrevivência e as percepções de qualidade de vida;
- Investigar a violência estrutural e institucional vivenciada e seus impactos no cotidiano das pessoas idosas em situação de rua.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico visa a apresentar o caminho e os métodos científicos utilizados na tese proposta. Esse percurso foi subdividido em dez subitens, que vão explicar didaticamente o trabalho, através do problema de pesquisa, das questões norteadoras, do universo da pesquisa, do delineamento do estudo, do lócus da pesquisa, das fases da pesquisa, dos instrumentos e dos aspectos éticos.

4.1 PROBLEMA DA PESQUISA

O problema de pesquisa constitui-se da percepção empírica do aumento de idosos em situação de rua desassistidos de direitos fundamentais, sendo percebidos em inúmeras situações constrangedoras e vulneráveis. Considerando o processo de envelhecimento e a vulnerabilidade social de quem vive em situação de rua, como apresentam-se as condições e modo de vida das pessoas idosas nessa situação e como isso repercute na sua qualidade de vida?

4.2 QUESTÕES NORTEADORAS

Quanto aos sujeitos que se encontram em situação de rua pesquisados:

- Qual o perfil da pessoa idosa?
- Como se constitui o acesso às políticas públicas para as pessoas idosas?
- Como a pessoa idosa vê o seu envelhecimento?
- Quais os agravos físicos e mentais que acometem as pessoas idosas?
- Qual a repercussão do envelhecimento no trabalho para a pessoa idosa?
- Como são as condições de vida da pessoa idosa?
- Quais são as estratégias de sobrevivência da população idosa?
- Qual a percepção de qualidade de vida para a pessoa idosa?
- Como ocorre a violência estrutural e institucional na vida das pessoas idosas?
- Quais os impactos da violência na vida das pessoas idosas?

4.3 UNIVERSO DA PESQUISA

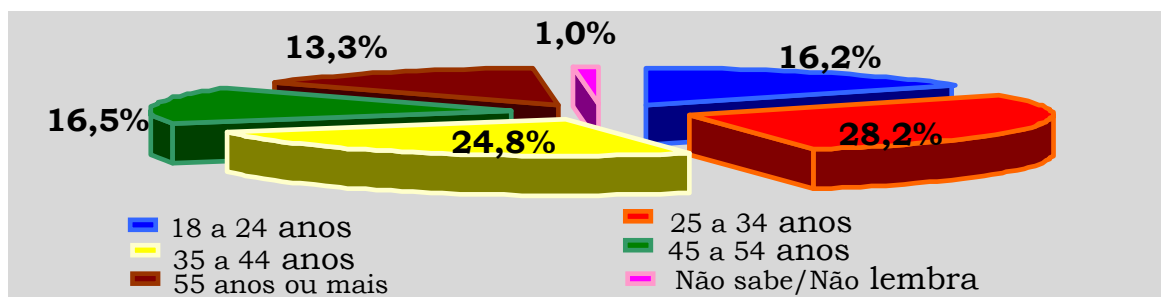
Neste item, apresentaremos a constituição da pesquisa nos aspectos metodológicos. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa descritiva, que teve como fonte de dados a aplicação de formulários contendo um roteiro de questão semiestruturada; os dados foram gravados e transcritos. Também serão apresentadas a população e a amostra da pesquisa, bem como os critérios de inclusão e exclusão.

4.3.1 Sujeitos do estudo

A população total da capital gaúcha é de 1.409.351 pessoas, sendo que 11,8% tem mais de sessenta anos, o que representa 166.303 idosos (SAGI, 2010).

A Secretaria de Informação e Gestão da Informação apresentou, no Seminário Nacional sobre Direitos e Garantias da População em Situação de Rua, o 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a referida população, que mostrou gráfico desta, por idade, com 13,3% de pessoas com 55 anos ou mais (SAGI, 2010).

Gráfico 2– Pessoas em situação de rua por idade, no Brasil



Fonte: SAGI (2010, p.18).

De acordo com o censo, realizado pela Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC), Porto Alegre possui 1.347 pessoas em situação de rua, sendo que em 2007, 39 pessoas tinham mais de 60anos, o que aumentou significativamente em 2011, para 101 pessoas, representando 7,5% da população total em situação de rua (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012), conforme o Quadro 1:

Quadro 1– Faixa etária das pessoas entrevistadas em situação de rua em Porto Alegre

Faixa etária	2007		2011	
	Freq	%	Freq	%
De 18 a 24 anos	237	19,7	164	12,2
De 25 a 34 anos	361	30,0	414	30,7
De 35 a 44 anos	266	22,1	299	22,2
De 45 a 59 anos	263	21,9	317	23,5
60 anos ou mais	39	3,2	101	7,5
NS/NR	37	3,1	52	3,9
Total	1203	100	1347	100

Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2012, p.19).

A amostra deste estudo se deu por amostragem aleatória simples. Nesse tipo de amostra, a premissa é de que cada componente da população estudada tem a mesma chance de ser escolhido para compô-la, e a técnica que garante essa igual probabilidade é a seleção aleatória de indivíduos (CRESWELL, 2007). Ao realizar o preenchimento do formulário com dezenove participantes, o fechamento amostral se deu por saturação teórica. Esta é definida como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição (FONTANELLA et al., 2011).

O estudo entendeu como pessoa em situação de rua as pessoas que declararam fazer da rua sua habitação (temporária, intermitente ou definitivamente), que foram encontradas nas ruas de Porto Alegre, nos abrigos, albergues de acolhimento noturno, convivência diária e demais serviços FASC oferecidos a essa população, durante o período de coleta de dados da pesquisa, entre setembro de 2015 e junho de 2016.

4.3.2 Critérios de Inclusão

Foram selecionadas pessoas em situação de rua com sessenta anos ou mais, dos sexos feminino e masculino e em atendimento na FASC.

4.3.3 Critérios de Exclusão

Quanto aos critérios de exclusão, referem-se às pessoas sem condições de responder ao instrumento ou impossibilitadas de estabelecer comunicação efetiva no momento da pesquisa, como, por exemplo, as que não conseguiram estabelecer diálogo, estavam dormindo, agressivas ou desorientadas.

4.4 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo que utiliza método qualitativo de pesquisa, observacional, transversal, descritivo e analítico.

Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Aplicada inicialmente em estudos de Antropologia e Sociologia, como contraponto à pesquisa quantitativa dominante, tem alargado seu campo de atuação a áreas como a Psicologia e a Educação. A pesquisa qualitativa é criticada por seu empirismo, pela subjetividade e pelo envolvimento emocional do pesquisador (MINAYO, 2001).

Para Hulley et al. (2008), o delineamento de um estudo é complexo. Para definir o estudo como observacional, a escolha será desenvolver um papel passivo na observação dos eventos que ocorrem com os sujeitos do estudo. O estudo observacional será transversal quando as observações são feitas numa única ocasião, enquanto se aplica o formulário.

Uma sequência típica na investigação de uma questão de pesquisa inicia com o estudo observacional do tipo descritivo. Os estudos descritivos exploram a topografia do terreno, por exemplo, as distribuições de doenças e características de saúde em uma população ou, como no caso, as características da qualidade de vida na população idosa em situação de rua. Esses estudos descritivos são normalmente seguidos ou acompanhados por estudos analíticos, que avaliam as associações para realizar inferências sobre relações causa-efeito (HULLEY et al., 2008).

4.5 LÓCUS DA PESQUISA

Este item pretende apresentar e descrever a Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC), local destinado a amparar e acolher a população idosa em situação de rua,

considerando que a FASC é constituída de inúmeros serviços e locais que serão descritos de forma sucinta.

4.5.1 História da FASC

Este item pretende apresentar o local onde ocorreu a pesquisa, a Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), órgão gestor da Política de Assistência Social no município de Porto Alegre, e a rede de serviços de que ele dispõe para a população em situação de rua.

A FASC é responsável pela oferta de serviços, programas e benefícios que promovam a inclusão de cidadãos, famílias e grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco social. Por meio de sua rede socioassistencial própria e também conveniada, trabalha balizada pelas diretrizes e princípios da Política Nacional de Assistência Social, a qual define a assistência como direito à proteção social e objetiva a consolidação dos direitos sociais a todos que dela necessitam (FASC, 2016, p.1).

A história que deu origem à criação da FASC iniciou na década de 1960, pela necessidade de espaços de lazer e recreação advindos do crescimento urbano. Em 1970, foi criado o Centro de Comunidade Bairro Ipiranga (CECOBI) pela Secretaria Municipal de Educação e Cultura, seguido de outros oito espaços nos anos seguintes. Com a criação do CELAR (Centro de Estudos de Lazer e Recreação) em conjunto com a PUC/RS, surge a necessidade de criar um órgão para administrar esses equipamentos, a FESC (Fundação de Educação Social e Comunitária), exercida pela Secretaria de Educação e Cultura.

A FESC passou a formular, promover e coordenar a Política de Assistência Social pela Lei Municipal Nº 7.414/94, visando a promover benefícios e serviços para atendimento das necessidades básicas do indivíduo. Passou a se chamar FASC no ano de 2000 e incidiu a coordenar os Centros Regionais de Assistência Social. Foi desvinculada da Secretaria de Educação e passou a ter um diretor nomeado pelo prefeito. Sobreveio a gerir a Política de Assistência Social em Porto Alegre em 2007 e começou o processo de implantação do Sistema Único de Assistência Social-SUAS.

A Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais reordenou os serviços SUAS em 2010. A rede de proteção social básica e especial de média complexidade implantou 22 CRAS e nove CREAS na cidade. Em 2011, reorganizou a alta complexidade para população adulta em situação de rua, ampliou a rede de atendimento e de acolhimento institucional para crianças e adolescentes e finalmente implantou o SUAS através do Decreto Nº 17.256/11. Após isso, foi

aprovado o Regimento Geral e Novo Organograma da FASC através do Decreto Nº 18198/13 (FASC, 2016).

4.5.2 Serviços ofertados pela FASC

Os serviços ofertados pela FASC estão disponíveis na *web page* da Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2017). Os programas dividem-se em proteção social básica e proteção social especial. A proteção social básica conta com o CADÚnico³ e com 22 CRAS. A proteção social especial divide-se em ações de média e de alta complexidade, sendo que a de média complexidade conta com nove CREAS e serviços de atendimento a pessoas com deficiência, Centro Dia do Idoso e Centro POP. A alta complexidade conta com o núcleo de acolhimento.

Os CRAS oferecem os serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), de Serviço de Atendimento à Família (SAF) e de Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). O SCFV oferece atendimento para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, para jovens de 15 a 17 anos, para o trabalho educativo para jovens de 14 a 18 anos incompletos, para a População em Situação de Rua e para os idosos.

O SCFV para adultos, com ênfase na população em situação de rua, tem por objetivo o desenvolvimento de um trabalho focado na possibilidade da transição da situação de vivência na rua para o estabelecimento e/ou fortalecimento de vínculos e moradias em territórios. Além disso, busca-se a possibilidade do resgate de vínculos familiares e comunitários há muito tempo rompidos, bem como a potencialização de capacidades e saberes e a elaboração de experiências, muitas vezes traumáticas, que levaram as pessoas à condição de “sem lugar”. O serviço busca: se constituir como um serviço de travessia, sem fortalecer o estigma atribuído à população de rua; trabalhar o conceito de diferenças, através do seu reconhecimento pela via potencializadora e colaborativa; detectar necessidades e motivações; desenvolver potencialidades e capacidades para novos projetos de vida; e propiciar o desenvolvimento da autonomia e protagonismo social dos usuários. Instalado no primeiro andar do Restaurante Popular, o acesso ao serviço deve ocorrer por encaminhamento dos CRAS, CREAS, Centros Pop e unidades de Acolhimento Institucional.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para idosos tem por foco o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares

³O Cadastro Único (CadÚnico) é um sistema que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, para que possam ter acesso aos programas Sociais do Governo Federal (BRASIL, 2017).

e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social. A intervenção social é pautada nas características, interesses e demandas dessa faixa etária e considera que a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer e a valorização das experiências vividas constituem formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social, valorizando suas experiências, estimulando e potencializando a condição de escolher e decidir.

A proteção social especial de média complexidade conta com os CREAS. Eles oferecem Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos, Serviço Especializado em Abordagem Social e Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviço à Comunidade (PSC)– PEMSE. O serviço especializado em abordagem social está vinculado ao CREAS, sendo executado pela rede conveniada. Ele tem a finalidade de assegurar trabalho social de abordagem e busca ativa que identifique, nos territórios, as situações de rua de crianças, adolescentes, indivíduos adultos e famílias. Atende à população em situação de rua, através de abordagem individual ou de grupos, promovendo, a partir da formação de vínculos no espaço da rua, a inserção na rede de serviços Socioassistenciais e acesso às demais políticas públicas.

Dando ênfase à assistência ao idoso e à população em SR, a proteção social especial de média complexidade também conta com Centro Dia do Idoso e Centro POP. O Centro Dia do Idoso é um serviço especializado para idosos, que oferece atendimento com equipe multidisciplinar e espaço de convivência/dia para pessoas idosas em situação de risco e/ou violação de direitos. Oferece oficinas de cultura, lazer, educação física e alimentação balanceada e possui duas unidades.

O Centro Dia⁴do Idoso deve acolher o idoso por oito horas diárias, oferecendo serviços de saúde, fisioterapia, apoio psicológico, social e atividades ocupacionais e de lazer. O espaço é designado para reabilitação de idosos que residem com seus familiares, mas não dispõem de atendimento no domicílio para a realização das atividades da vida diária, e tem como objetivos prestar atendimento de atenção aos idosos e suporte ao seu cuidador. Oferece assistência com uma equipe multiprofissional para atender às necessidades das pessoas idosas, visando à melhoria de sua qualidade de vida e integração comunitária. Dessa forma, o Centro dia precisa

⁴Importante salientar que embora a FASC ofereça um serviço que designa como Centro dia, observa-se que essa modalidade, da forma como é oferecida, não contempla os requisitos referentes aos recursos humanos descritos acima, pois não oferece profissionais de saúde atuando no serviço, apenas a referência.

ser composto no mínimo pelos profissionais citados no Quadro 2, abaixo (BRASIL, 2001;2004).

Quadro 2– Recursos Humanos do Centro Dia.

Recursos Humanos	Centro dia (horas por dia)
Médico	04
Fisioterapia	08
Fonoaudiologia	06
Terapia Ocupacional	08
Psicólogo	08
Assistente Social	08
Enfermeira	08
Auxiliares de enfermagem	12
Cuidadores	24
Odontólogo	02
Limpeza	12
Segurança	12
Copa/cozinha	12
Síndico/gerente/coordenador	08
Nutricionista	04

Fonte: Brasil (2001).

O Centro POP é um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua, que promove atendimento social com equipe multidisciplinar para adultos, idosos e famílias em situação de vulnerabilidade, de forma individualizada e coletiva, durante o período do dia, propondo aos usuários alternativas de enfrentamento à situação de rua e encaminhamentos junto a rede de serviços. Porto Alegre conta com dois Centros POP.

A proteção social especial de alta complexidade é constituída pelo núcleo de acolhimento. Oferece serviços de acolhimento Institucional para Criança e Adolescente (Casa Lar e Abrigo Residencial), Serviço de Acolhimento Institucional para Indivíduos e Famílias (sendo dois abrigos para Indivíduos e dois abrigos para Famílias), duas repúblicas para adultos, duas casas lar para idosos, quatro Instituições de Longa Permanência (ILPI), três acolhimentos para pessoas com deficiência visual, sendo duas para crianças e um para idosos, e três albergues.

Para a população idosa em situação de rua, não há um serviço exclusivo, porém, ela conta com o serviço de abrigos, casa lar de idosos, ILPs, república e albergues. As vagas são divididas com outros sujeitos, sendo que especificamente para idosos vulneráveis (não apenas para idosos em situação de rua) existem a casa lar, os ILPs e as vagas nas repúblicas; abrigos e albergues são destinados também para crianças, adolescentes, adultos e idosos.

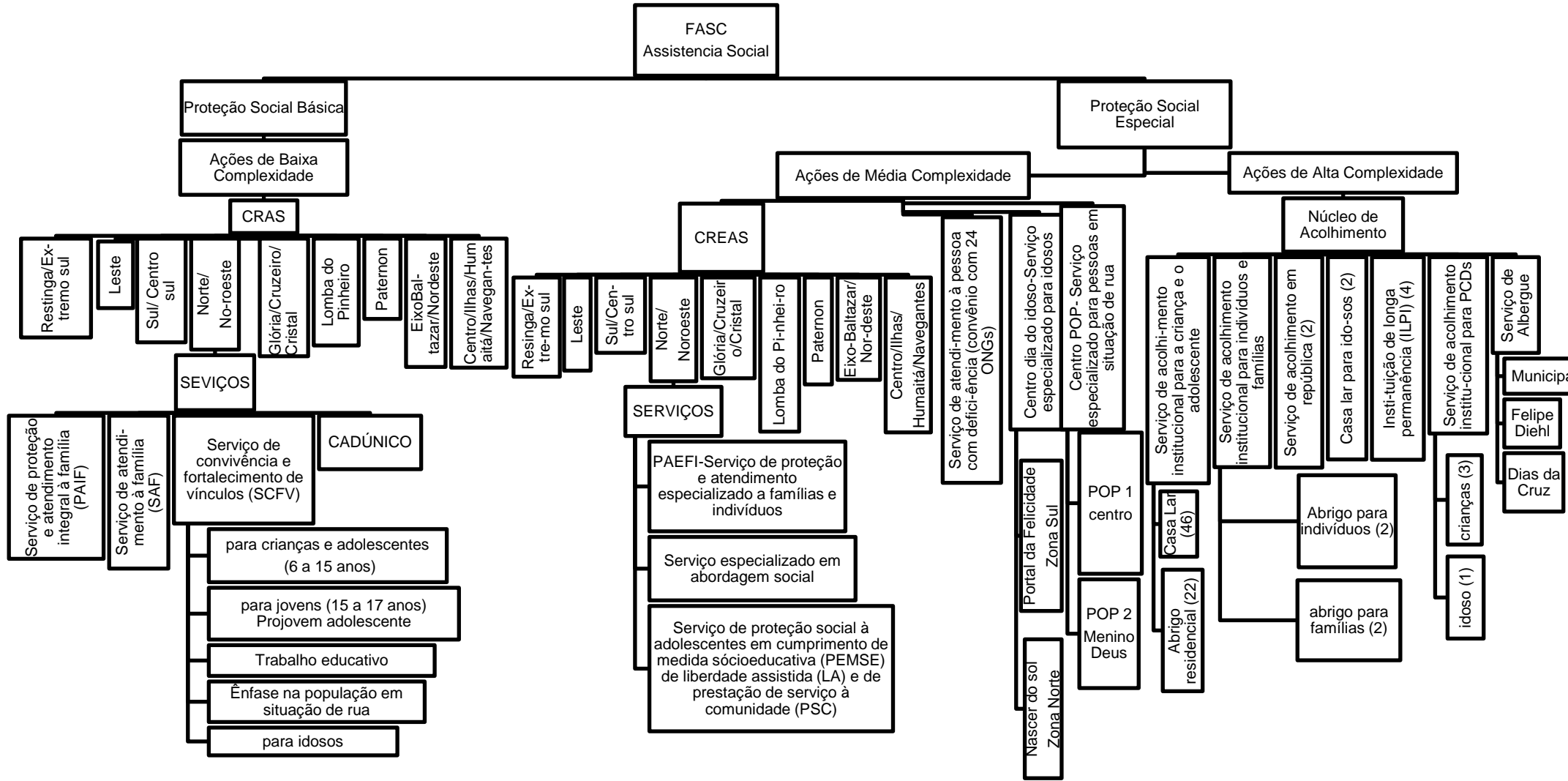
O Programa Atenção Pop Rua foi lançado no dia 24 de junho de 2015 e buscou direcionar iniciativas integradas para o atendimento da população nessa situação. A ação também visava a monitorar essa população através de pesquisa e desenvolver ações de

convivência e fortalecimentos de vínculos; contemplou ampliações de vagas e convênios e de equipes de abordagem e de redução de danos. O programa envolveu diretamente a FASC, o Departamento Municipal de Habitação e as secretarias de Saúde e de Direitos Humanos (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2015a).

A rede da FASC oferecia, em 2015, 1.103 vagas de acolhimento, enquanto o número de população em situação de rua pelo censo 2011 é 1.347. Dessas vagas, 220 são em abrigos, 260 em ILPI, 24 em repúblicas, 24 na casa lar de idosos, 355 em albergues, 50 são cotas de aluguel social, 150 são diárias mensais em serviço de hospedagem e previsão de 31 (3%) casas do projeto Minha Casa Minha Vida e 980 beneficiados com o Bolsa Família. As demais vagas são em serviços dia, sem pernoite (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2015a). Cabe ressaltar que as vagas destinadas para acolhimento não são apenas para a população em situação de rua, tampouco apenas para idosos, e sim para todas as situações de vulnerabilidade da capital gaúcha, incluindo crianças, jovens e adolescentes.

Para facilitar a compreensão dos serviços oferecidos pela FASC, o Organograma 1 a seguir ilustra toda a rede de acolhimento.

Organograma 1 – Serviços FASC



Fonte: Mattos (2017).

As ações e serviços FASC são inúmeros, com variadas opções de acolhimento de acordo com a necessidade, e um grande número de vagas, porém, ainda assim não dão conta da demanda da capital gaúcha. Anualmente, a FASC aumenta suas vagas e propostas de serviços; por outro lado, a população em situação de rua e o número de idosos aumentam desproporcionalmente à quantidade de vagas.

4.5.3 Pioneirismo da Casa Lar do Idoso em Porto Alegre

No ano de 2016, foi inaugurada pela FASC a casa lar em Porto Alegre, considerada pioneira por ser a primeira pública nesta modalidade no município e a terceira no Brasil (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2015b). Porém, segundo dados do Censo SUAS, há 1.227 unidades cadastradas como ILPI ou casa lar, nas quais residem 45.695 pessoas, distribuídas da seguinte forma: 1.040 em abrigos institucionais (ILPI); 130 em casas lares; 10 em repúblicas e 47 em outros tipos de acolhimento institucional. No que tange à natureza jurídica, 90,2% das instituições são privadas. Sob o aspecto geográfico, a maior concentração é na região Sudeste (SBGG, 2014).

A casa lar é recomendada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e é destinada para pessoas idosas independentemente de estarem sós ou afastadas do convívio familiar e em situação de rua, com renda insuficiente para sua sobrevivência. Busca proporcionar uma melhor interação e autonomia, utilizando sempre que possível a rede de serviços local. Oferece espaço de acolhimento provisório e de pequeno porte, com características residenciais.

A casa lar para idosos de Porto Alegre é constituída de um núcleo com duas casas lares, com capacidade para 12 idosos em cada uma, destinadas a pessoas com 60 anos ou mais. Possui uma área de 480 metros quadrados, adaptada com equipamentos de acessibilidade, com seis quartos e banheiros privativos, além de salas multiuso, para coordenação, da equipe técnica, da recepção, dos funcionários, um posto de enfermagem, cozinha, refeitório, lavanderia e espaço externo arborizado. Conta com uma assistente social, uma enfermeira, oito técnicos de enfermagem, uma nutricionista, quatro cuidadores de idosos, quatro funcionários para serviços gerais e quatro cozinheiras. O investimento inicial foi de R\$ 1 milhão e são aplicados mensalmente R\$ 82 mil em manutenção e atendimento dos residentes (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2016).

Em 17 de abril de 2016 foi comemorado um ano de inauguração da casa, com festa que reuniu os moradores e convidados da comunidade do bairro Vila Nova, onde está localizada a

instituição. No evento, também foi oficializado o novo nome, Querência do Idoso, escolhido pelos residentes (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2016).

No primeiro ano de funcionamento, a casa lar já mostrou resultados, proporcionando integração e autonomia dos idosos. Três deles já optaram por ter sua própria casa e continuam sendo acompanhados pela rede socioassistencial nos territórios onde moram atualmente. As vagas abertas já estão ocupadas por outros idosos encaminhados pelo Núcleo de Acolhimento, responsável pela gestão das vagas na rede de serviços da Proteção Social Especial (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2016a).

A permanência do idoso na Casa estará condicionada ao seu plano de acompanhamento, e a equipe deverá investir na vinculação familiar e/ou comunitária. Quando esgotadas essas possibilidades, deve-se avaliar o encaminhamento do idoso para instituição de longa permanência.

Figura 1– Casa lar do Idoso POA



Fonte: Prefeitura Municipal de Porto Alegre (2016a).

4.6 FASES DA PESQUISA

A pesquisa vem constituindo-se desde a concepção do projeto. Com o objetivo de facilitar seu entendimento, ela é dividida e apresentada em fases que organizam e orientam a compreensão.

4.6.1 Fase 1: Pré-teste do instrumento de pesquisa

A instituição FASC é a referência municipal para a população em situação de rua. Dessa forma, foi ela quem forneceu carta de autorização da pesquisa através do protocolo 007.001745.15.8 (Apêndice D). Também foi obtida a aprovação do projeto pela comissão científica (Anexo F) e pelo CEP (Anexo E).

Considerando a fundamentação teórica sobre qualidade de vida, foi definida a utilização dos formulários WHOQOL-bref e WHOQOL-old como instrumentos para coleta de dados. Como não foram encontrados estudos que mensurassem qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua utilizando o WHOQOL, foi realizado um pré-teste no dia 06 de julho de 2015 com uma pessoa idosa em situação de rua, através da aplicação do formulário WHOQOL, tendo o áudio gravado simultaneamente.

Com base na análise do conteúdo da entrevista, observou-se que era possível utilizar o formulário WHOQOL-brief e WHOQOL-old para análise da qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua. Observaram-se o prolongamento das respostas e a necessidade de expressão e explicação do sujeito para além das respostas em Likert, o que pareceu enriquecer a pesquisa, neste primeiro momento.

4.6.2 Fase 2: Seleção dos participantes

Esta fase diz respeito à identificação e seleção das pessoas idosas em situação de rua. A escolha dos sujeitos da pesquisa foi aleatória, porém os locais em que foram abordados foi propositalmente definido pela estratificação dos serviços de acolhimento às pessoas implicadas nessa situação oferecidos pela FASC, a fim de obter uma amostra que correspondesse à realidade global.

Primeiramente foi realizada uma reunião com a coordenadora responsável pelos serviços FASC. A seguir, conjuntamente com a coordenadora, foram identificados os serviços de acolhimento FASC para pessoas em situação de rua. A instituição oferece 24 vagas para institucionalização no lar do idoso, algumas vagas temporárias em dois abrigos e outras para pernoite em dois albergues. Não é possível quantificar as vagas destinadas para as pessoas idosas porque os serviços também acolhem crianças e adultos em outras situações vulneráveis. Existem também outros serviços, porém, no momento da coleta dos dados, não havia neles pessoas idosas em situação de rua.

A pesquisa referente aos serviços ofertados a essa população se deu também através do acesso à *web page*. A busca por programas e políticas públicas oferecidas pelo SUS e pelo SUAS foi realizada em nível federal para comparação e compreensão da realidade municipal de Porto Alegre.

Num segundo momento, fomos convidadas a apresentar o projeto na reunião mensal dos coordenadores dos serviços FASC. Nessa reunião, foi estabelecido vínculo com os profissionais, compartilhamos contatos e foram agendadas as datas para reapresentação do

projeto e coleta de dados nos serviços por conveniência desses, de acordo com a disponibilidade de profissionais para acompanhar a pesquisadora. A definição da quantidade de população idosa em situação de rua pesquisada em cada instituição se deu de forma aleatória e equilibrada, de acordo com a disponibilidade e aceitação dos próprios sujeitos.

4.6.3 Fase 3: Coleta de dados inicial

A coleta de dados gerais aconteceu no período de julho de 2015 a junho de 2016, já a coleta inicial ocorreu entre os meses de junho a novembro de 2015. A escolha dos participantes foi aleatória, conforme disponibilidade e presença dos sujeitos no local, no momento da coleta. No Quadro 3, apresentamos a sistematização das entrevistas realizadas.

Quadro 3– Sistematização da coleta de dados de pesquisa

Participante da pesquisa	Idade	Local	Data
1 ⁵	60	Rua	06/07/2015
2	61	Abrigo	09/09/2015
3	60	Abrigo	09/09/2015
4	65	Albergue	08/10/2015
5	60	Albergue	22/10/2015
6	73	Albergue	22/10/2015
7	84	Abrigo	30/10/2015
8	65	Abrigo	30/10/2015
9	64	Abrigo	30/10/2015
10	70	Casa Lar do Idoso	25/04/2016
11	61	Casa Lar do Idoso	25/04/2016
12	62	Casa Lar do Idoso	25/04/2016
13	80	Casa Lar do Idoso	25/04/2016
14	73	Casa Lar do Idoso	25/04/2016
15	64	Albergue	07/05/2016
16	62	Albergue	07/05/2016
17	80	Albergue	07/05/2016
18	62	Rua	07/05/2016
19	60	Rua	07/05/2016

Fonte: Mattos (2017).

Para controle de possíveis vieses na coleta de dados, foram adotadas as seguintes estratégias: para obtenção de apoio da equipe para pesquisa, foi realizada uma reunião de esclarecimentos sobre o projeto; para a fidedignidade na aplicação do formulário, foram treinadas duas pesquisadoras que participaram da coleta; para o aceite na participação da

⁵Teste piloto. Aprovação CEP em 14 de agosto de 2015. Aprovação da ementa em 13 de abril de 2016.

pesquisa pelos envolvidos, foi estabelecido primeiramente o vínculo através da socialização para posteriormente proceder à coleta em si; para contornar a falta de estrutura adequada para entrevistas reservadas, procurou-se o local mais apropriado possível em cada instituição; para prevenir a não compreensão das perguntas, foi realizada uma fala pausada e explicativa sobre o conteúdo; para evitar a não compreensão da pesquisa, foram esclarecidas todas as dúvidas antes da coleta de dados.

Nas respectivas instituições, após contato e agendamento prévio, fomos acolhidas pelos funcionários, que nos conduziram até o local onde estavam as pessoas idosas moradoras de rua, nosso público-alvo, e nos apresentaram, quando aleatoriamente conversamos com algumas delas.

Foram explicados a pesquisa e o formulário e foi assinado e entregue o TCLE (Apêndice C).

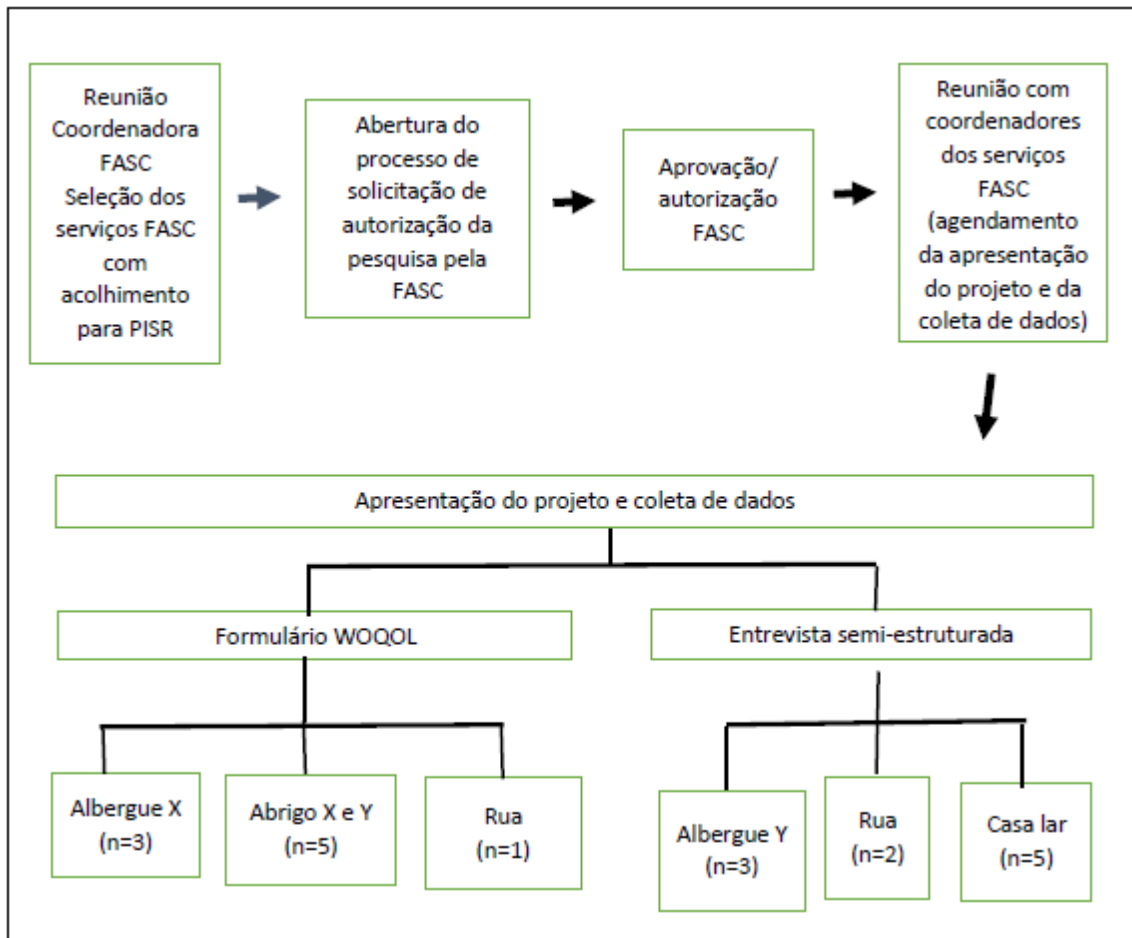
4.6.4 Fase 4: Coleta dos dados final

Ao transcrever e compreender os dados durante o andamento da pesquisa, constatamos a necessidade de alterar algumas estratégias metodológicas. Após compreender nove coletas já realizadas, foi percebida certa dificuldade dos sujeitos da pesquisa em responderem ao instrumento quantitativo WHOQOL; a partir de então, foi encaminhada e aprovada uma emenda ao CEP solicitando a alteração do instrumento para coleta de dados (Apêndice A).

Optou-se por um instrumento qualitativo para a referida coleta, através de uma entrevista semiestruturada. Consideramos que o uso do novo instrumento foi mais adequado às características da amostra e possibilitou conhecer o modo, as condições e a qualidade de vida dos sujeitos.

O novo instrumento de coleta de dados foi aplicado nos meses de abril e maio de 2016, e abordou as características sociodemográficas e questões de qualidade de vida fundamentadas no WHOQOL-bref e WHOQOL-old, de acordo com os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Apresentamos em seguida o Quadro 4 para facilitar a compreensão sobre a forma como foi realizada a coleta de dados

Quadro 4– Esquema da coleta de dados



Fonte: Mattos (2017).

As entrevistas tiveram duração média de 30 minutos, gravadas em formato de áudio.mp4, totalizando aproximadamente dez horas de conteúdo. Os áudios foram transcritos na íntegra e o conteúdo foi sistematizado por categorias.

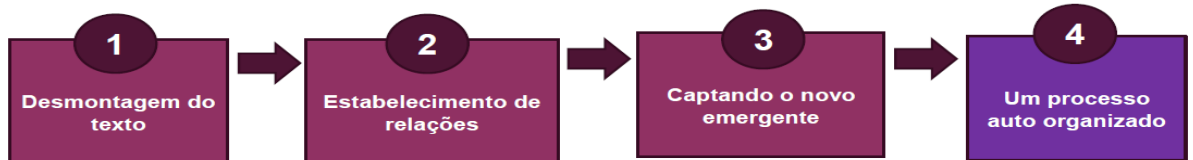
4.6.5 Fase 5: Sistematização e análise textual discursiva do conteúdo

Para realizar o estudo, foi utilizado o método de análise textual discursiva (ATD), proposto por Roque Moraes (2003), considerando um ciclo de análise constituído de três elementos – *unitarização, categorização e comunicação* – que se apresenta como um movimento que possibilita a emergência de novas compreensões com base na auto-organização. Usa a metáfora de *uma tempestade de luz*, procurando com isso criar uma imagem que traduza o modo como emergem as novas compreensões no processo analítico, atingindo-se novas formas de ordem com a participação do caos e da desordem.

O método de ATD não pretende testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las ao final da pesquisa; a intenção é compreender e reconstruir conhecimentos existentes sobre os temas investigados (MORAES; GALIAZZI,2007).

A análise textual discursiva é organizada em quatro focos, apresentados na Figura 2:

Figura 2 – Focos da análise textual discursiva

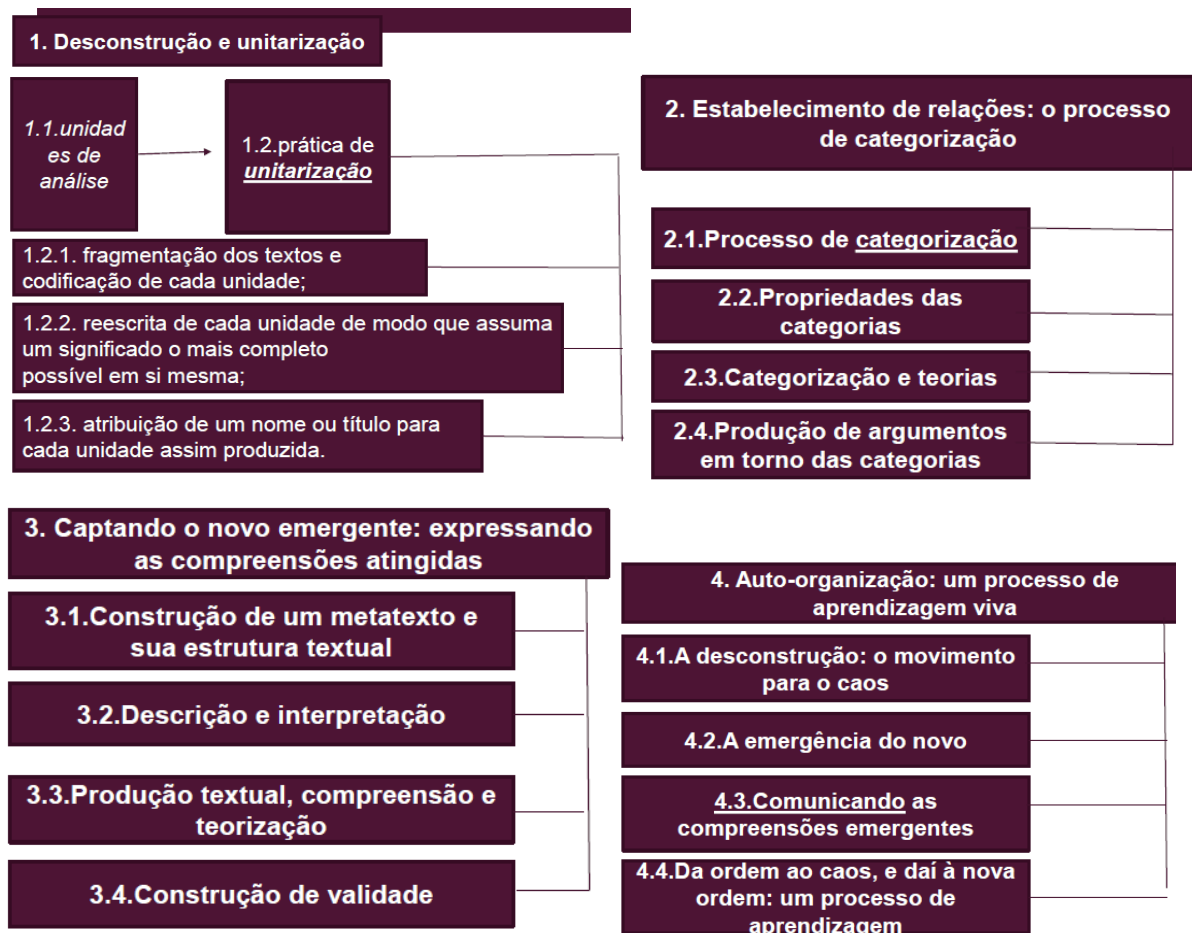


Fonte: Hoff (2016).

Os três primeiros compõem um ciclo em que se constituem como elemento principal.

A Figura 3 descreve as etapas de cada foco da ATD:

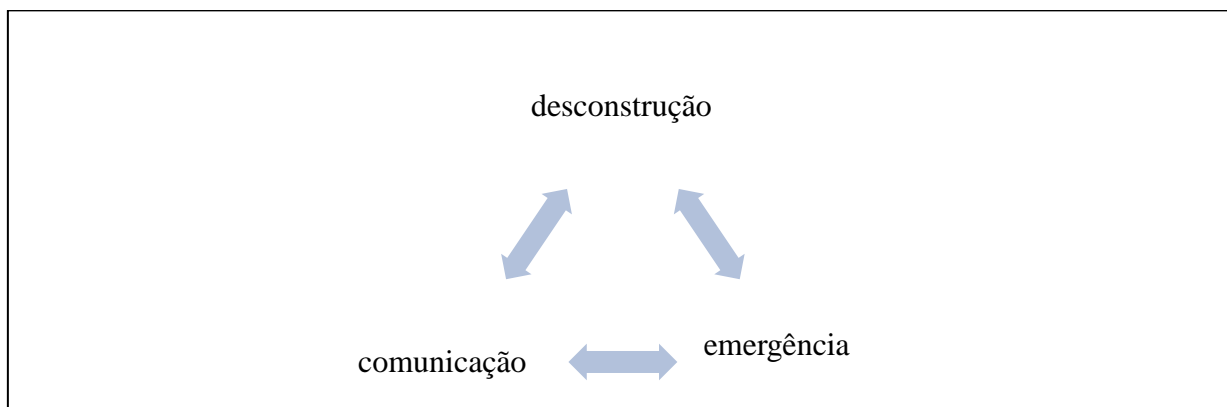
Figura 3 – Etapas de cada foco da ATD



Fonte: Mattos (2017).

A ATD é construída principalmente, a partir de três etapas principais: unitarização, categorização e comunicação. O processo descrito pode ser entendido como um ciclo, representado na Figura 4:

Figura 4– Ciclo da análise textual qualitativa



Fonte: Moraes (2003).

São propostos três movimentos: o primeiro movimento do ciclo de análise consiste numa desconstrução de um conjunto de textos, na fragmentação das informações, desestruturando sua ordem, produzindo um conjunto desordenado e caótico de elementos unitários; o segundo movimento é um processo auto-organizado e intuitivo, que não pode ser previsto; é um conjunto de operações inconscientes que resultam num *insight* repentino e globalizado; e o terceiro estágio do ciclo de análise é a comunicação das novas compreensões atingidas ao longo dos dois estágios anteriores. É um exercício de explicitação das novas estruturas emergentes da análise (MORAES, 2003).

Essa análise é como um ciclo de operações que se inicia com a unitarização dos materiais do *corpus*. Daí o processo move-se para a categorização das unidades de análise definidas no estágio inicial. A partir da impregnação atingida por esse processo, argumenta-se que emergem novas compreensões, aprendizagens criativas que se constituem por auto-organização, em nível inconsciente. A explicitação de luzes sobre o fenômeno, em forma de metatextos, constitui o terceiro momento do ciclo de análise proposto (MORAES; GALIAZZI, 2007).

A qualidade e originalidade das produções resultantes se dão em função da intensidade de envolvimento nos materiais da análise, dependendo ainda dos pressupostos teóricos e epistemológicos que o pesquisador assume ao longo de seu trabalho. A metáfora de “uma tempestade de luz”, ajuda a evidenciar a forma como emergem as novas compreensões no processo analítico, atingindo-se novas formas de uma nova ordem por meio do caos e da desordem (MORAES, 2003).

Inicialmente, propusemos o número aproximado de participantes (n=10), compreendendo ser o número suficiente para alcançar a saturação dos dados coletados, pré-

requisito este essencial para uma pesquisa qualitativa. Ao compreender os dados coletados (9) e a necessidade de reorientar a pesquisa para qualitativa, com um novo instrumento de coleta, viu-se a necessidade de continuar coletando dados até saturar novamente, com mais 10 sujeitos, finalizando a coleta com 19 sujeitos.

4.7 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados na coleta de dados e para compor a pesquisa foram previamente testados com a população idosa em situação de rua, que foi esclarecida quanto aos procedimentos éticos relativos aos dados coletados.

4.7.1 Fase inicial de coleta de dados: Instrumentos WHOQOL e perfil censitário

A pesquisa inicial foi realizada com nove pessoas e utilizou os seguintes instrumentos de coleta de dados: formulários estruturados WHOQOL-bref (Anexo B), WHOQOL-old (Anexo C) e perfil sociocultural e demográfico aplicados pela pesquisadora e alunas bolsistas da graduação em enfermagem⁶ (Anexo D).

4.7.1.1 Qualidade de Vida

Para avaliar qualidade de vida (condições e modo de vida e as repercussões na sua qualidade), foi utilizado o formulário WHOQOL-brief (Anexo B), da World Health Organization Quality of Life- Qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde – versão abreviada (FLECK et al., 1999).

O WHOQOL-Brief é fundamentado no WHOQOL-100, porém abreviado. É formado pelo domínio físico, psicológico, social e meio ambiente (Anexo A), composto por vinte e seis questões em forma de Likert, duas de qualidade de vida geral e vinte e quatro das demais facetas que compõem o instrumento original WHOQOL-100, com opções de respostas somatórias de um ao cinco, sendo aceita apenas uma resposta por questão.

O WHOQOL-100 é um instrumento composto por cem itens, distribuídos em seis domínios e quatro facetas. As questões foram formuladas para uma escala de resposta do tipo

⁶ Cabe salientar que a coleta de dados também foi realizada por alunas bolsistas da graduação em enfermagem de uma Universidade Federal, que foram treinadas previamente pela pesquisadora para aplicar os instrumentos, e também foram realizados testes-piloto.

Likert, com escala de intensidade (nada-extremamente), capacidade (nada-completamente), frequência (nunca- sempre) e avaliação (muito insatisfeito-muito satisfeito, muito ruim-muito bom) (FLECK et al., 1999).

4.7.1.2 Qualidade de vida dos idosos

Para avaliar a qualidade de vida nos idosos (condições e modo de vida e as repercussões na sua qualidade de vida), foi utilizado o WHOQOL-old (Anexo C), uma adaptação do WHOQOL-100 e WHOQOL-bref para ser usado em adultos idosos. Para isso, foi desenvolvido um módulo complementar adicionado ao whoqol, devendo ser usados em conjunto.

O WHOQOL-old consiste em vinte e quatro itens em escala Likert, com opções de respostas somatórias do um ao cinco, sendo aceita apenas uma resposta por questão. Essa escala é atribuída por seis facetas: funcionamento sensorio, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social, morte e morrer e intimidade. Cada faceta possui quatro itens com escores de valores que podem oscilar de quatro a vinte, podendo ser combinado e produzir um escore geral.

4.7.1.3 Características socioculturais e demográficas

Para a caracterização dos sujeitos estudados, foi utilizado um formulário que aborda as características socioculturais e demográficas (Anexo D), já estruturado como ficha cadastral de adultos FASC, com o título de cadastro censitário dos adultos em situação de rua de Porto Alegre.

Esse instrumento é composto de trinta e sete questões. Delas, seis são questões abertas relativas ao entrevistador e ao momento da entrevista, seis são questões abertas relativas ao local da entrevista, cinco são questões abertas sobre a identificação do entrevistado e vinte são questões objetivas fechadas relativas aos dados pessoais dos sujeitos.

A fim de garantir a atualização dos dados referentes às características socioculturais e demográficas, esse instrumento já aplicado em 2011 no censo da FASC foi reaplicado pela entrevistadora no momento da coleta dos demais dados (qualidade de vida).

4.7.2 Fase final da coleta de dados: formulário subjetivo de QDV

Considerando, como já descrito, a necessidade de readequação do instrumento de coleta de dados, durante o andamento da pesquisa, ao realizar a análise das coletas, foi encaminhada e aprovada uma emenda ao CEP, solicitando a alteração do instrumento para coleta de dados (Apêndice A).

O novo instrumento é um formulário qualitativo (Apêndice B), que foi aplicado para dez pessoas pesquisadas. Possibilitou aos sujeitos descreverem sua qualidade de vida e o que entendem por esse conceito, bem como as condições e modos de vida e as repercussões na sua qualidade de vida. Foi fundamentado no WHOQOL-bref e WHOQOL-old, de acordo com os quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente) e também traz questões relacionadas às características sociodemográficas.

É constituído de 13 questões relacionadas às características e 23 questões relacionadas à qualidade de vida. As questões sobre as características dividem-se em dados da entrevista (três questões), dados pessoais do sujeito (cinco questões) e dados da história de vida deste (cinco questões), além da percepção do entrevistador (uma questão). As questões relacionadas à qualidade de vida dividem-se por domínio físico (três questões), psicológico (onze questões), relações sociais (duas questões), meio ambiente (duas questões), qualidade de vida (três questões) e outros (duas questões).

4.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa atende a todas as exigências éticas de pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução CNS 466/12 (CNS, 2012). O parecer consubstanciado do CEP é de número 1.186.309 (Anexo E), aprovado pelo CEO e pelo Comissão Científica do IGG (Anexos E e F).

Os termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram feitos em duas vias, uma permanecendo com o pesquisador e outra disponibilizada a todos os participantes da pesquisa. Daqueles que não eram alfabetizados, foi coletada a impressão digital do polegar através de almofada de carimbo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção serão apresentados os resultados obtidos na pesquisa, os quais já serão discutidos e analisados.

5.1 DESVELANDO O CONTEXTO PESQUISADO

Romper com a invisibilidade que as pessoas idosas em situação de rua vivem é o primeiro passo para o reconhecimento social de que fazem parte da população. Essas pessoas não são sequer recenseadas, pois o IBGE e os demais institutos que realizam a contagem da população brasileira baseiam-se nos domicílios, ou seja, o censo demográfico é mais uma das formas de exclusão das pessoas idosas moradores de rua, excluídas da contagem da população brasileira por não possuírem casas (BRASIL, 2009d).

É um desafio descrever de forma objetiva os resultados subjetivos sobre as condições e modo de vida dessas pessoas idosas e as repercussões na sua qualidade de vida. A qualidade de vida é constituída de inúmeros conceitos que tentam descrever da melhor forma possível toda a complexidade de fatores que interferem na vida do indivíduo.

Como ponto de partida para análise textual discursiva, os resultados são apresentados primeiramente como características dos participantes da pesquisa e, em seguida, por categorias pertinentes ao estudo. As características dos sujeitos auxiliam na compreensão do contexto como ponto de partida para análise textual discursiva dos próximos capítulos.

5.1.1 Descrição dos participantes da pesquisa – população idosa em situação de rua

Este item pretende apresentar as características demográficas e os modos e condições de vida das pessoas idosas em situação de rua participantes da pesquisa. As características socioculturais, ou modos e condições de vida, constituíram-se de questões ligadas à interação das pessoas entre si, com o ambiente e com outras sociedades, e são referentes aos hábitos e formas de sobrevivência na área social e cultural. Tem a ver exclusivamente com as relações humanas que podem servir tanto para organizar a vida comunitária quanto para dar-lhe significado. Já as questões demográficas centram-se nas características de um grupo específico, definido por critérios como educação, religião e etnicidade.

As informações foram colhidas de acordo com o relato dos participantes e os critérios de exclusão mantidos para garantir o estabelecimento de diálogo orientado e voluntário, de

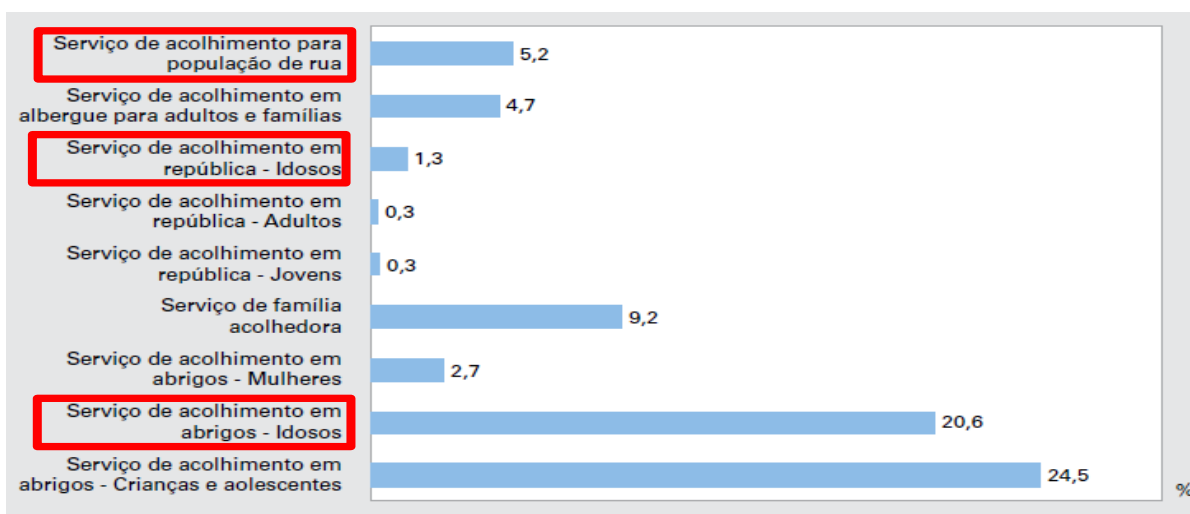
acordo com o julgamento da pesquisadora, que avaliou por seu juízo pessoal a orientação e sobriedade do entrevistado. Foram incluídos no estudo pessoas em situação de rua, com mais de sessenta anos e vinculadas a FASC.

Compreender e conhecer o modo de vida da população idosa em situação de rua é um desafio para a superação do estigma, do preconceito e da discriminação na construção de uma política pública que garanta intervenções que não reproduzam a perversidade. É um compromisso ético promover a equidade e a justiça social, assegurando o acesso universal aos bens e serviços relativos a programas e políticas sociais, o incentivo à diversidade e participação de grupos discriminados, bem como a consideração das potencialidades do sujeito e do processo de realização com olhar interdisciplinar e intersetorial, garantindo os direitos humanos básicos e a inserção/inclusão dessa população na sociedade (MACHADO, 2012).

A Proteção Social Especial de alta complexidade do SUAS oferece serviços de acolhimento institucional na modalidade de Casa Lar do Idoso, de abrigo, de casa de passagem e de residência inclusiva. Esses serviços são destinados a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, para garantir a proteção integral; são ofertados em pequenos grupos, para favorecer o convívio familiar e comunitário; estão localizados nas comunidades e têm características residenciais de um ambiente acolhedor, com estrutura física adequada, oferecendo habitabilidade, higienização, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade. O atendimento deve ser personalizado e adequado às especificidades do público atendido, como por exemplo, idosos (BRASIL, 2010).

O Gráfico 3 a seguir demonstra o percentual de municípios que ofertam Proteção Social de alta complexidade, de acordo com o tipo de serviço realizado, no Brasil:

Gráfico 3 – Percentual de municípios que ofertaram serviço de Proteção Social Especial de alta complexidade, segundo o tipo de serviço realizado – Brasil – 2009



Fonte: IBGE (2009).

Esse gráfico revela que apenas 24,5% dos municípios brasileiros oferecem serviço de acolhimento em abrigo para crianças e adolescentes e também que esta é a maior percentagem dos serviços de acolhimento da alta complexidade. Esse dado nos revela que os serviços de acolhimento para população em situação de rua (5,2%) e idosos (modalidade república 1,5% e modalidade abrigo 20,6%) são ainda mais escassos. O Gráfico 4, a seguir, apresenta os municípios que ofertam proteção social especial de alta complexidade, com destaque na modalidade de acolhimento em repúblicas, em abrigos e para população de rua.

Gráfico 4– Percentual de municípios que ofertam serviço de Proteção Social Especial de alta complexidade, por tipo de serviço realizado, segundo as Grandes Regiões- 2009



Fonte: IBGE (2009).

O Gráfico 3 e o Gráfico 4 refletem a oferta dos serviços de alta complexidade ainda relativamente restritos. Nas Regiões Nordeste e Norte, assim como nos municípios com menos de 50.000 habitantes ainda são mais escassos, bem como os serviços dirigidos para mulheres, adultos, famílias e população em situação de rua. Os serviços para crianças, adolescentes e idosos nas Regiões Norte e Nordeste também são em quantidade inferior, se comparados às Regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste (BRASIL, 2010).

O Gráfico 4 mostra o quanto ainda são incipientes os serviços de alta complexidade ofertados pelo SUAS, destinados aos idosos e à população em situação de rua. Na Região Sul, o serviço de acolhimento em abrigos para idosos representa apenas 21,5%, o serviço de acolhimento em república para idosos, 0,8% e os serviços de acolhimento para população em situação de rua ,6%, o que demonstra que o cuidado integral e tutela dos abrigos ainda tem maior representatividade que o acolhimento em república, delineando um modelo ainda assistencial do cuidado integral com menor independência do idoso, se comparado ao modelo em república. Também revela o pequeno percentual de serviços de acolhimento para a população em situação de rua, embora essa população tenha crescido significativamente na

última década. Cabe ressaltar que os dados das Regiões Norte e Nordeste são ainda mais precários.

Os serviços ofertados pela FASC em Porto Alegre serão apresentados, a seguir, para facilitar a compreensão sobre o contexto em que vivemos sujeitos participantes da pesquisa. A coleta de dados ocorreu nos serviços de proteção social de alta complexidade de Porto Alegre (albergue, abrigo e casa lar de idosos) e na rua.

O albergue destina-se para a população em situação de rua adulta, podendo ser homens, mulheres, famílias, idosos, pessoas com deficiência, migrantes, imigrantes, refugiados e menores de idade quando acompanhados por responsáveis (BRASIL, 2010). Segundo Mentz (2013), os albergues são locais que oferecem pernoite, banho, janta e café da manhã para seus usuários. A origem da palavra albergue é derivada da língua gótica *haribaírgo*, seu significado é hospedaria, abrigo, asilo, refúgio, resguardo ou lugar em que se recolhe alguém por caridade. São locais simples que oferecem um pernoite e destinam-se para turistas, estudantes, peregrinos e andarilhos (PEREIRA, 2014).

Outra modalidade de serviço oferecido são os abrigos, que são uma medida de proteção especial definida como provisória e excepcional conhecida na modalidade de acolhimento institucional (SILVA, 2005). Na Constituição Federal (CF) e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) já se orientava o processo de mudança na prática dos abrigos, passando de assistencialista para contemplar ações emancipatórias com base na cidadania como sujeitos de direitos, conforme o artigo 227, que estabelece como fundamental o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (SILVA, 2005).

Também há a casa lar do idoso, uma residência em sistema participativo, destinada a pequenos grupos de pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, detentores de renda insuficiente para sua manutenção, sem família ou cujos vínculos estejam rompidos (BRASIL, 2010). Ela foi definida pela Lei Nº 7.644/87, sendo indicada ao atendimento de pessoas que estão inviabilizadas da prestação de cuidados regulares e necessitam de cuidados fora da residência familiar (ANDRADE; CORDEIRO, 2005). Sua arquitetura deve ser semelhante à residência privada, deve receber supervisão técnica, localizar-se na cidade, seguir padrão socioeconômico local e com funcionamento definido pelas demandas específicas do ciclo de vida dos beneficiados (BRASIL, 2012).

Segundo Karling (2001, p.75) “a rua, tanto para adultos quanto para os meninos, apresenta-se como um espaço ambíguo: por um lado de criação, de liberdade e condições de vida e resistência, por outro, contudo, local de sofrimento, dor, abandono e desesperança”. A

rua aparece nesse contexto com dois sentidos, sendo um de exclusão, e o outro de relações sociais; assim, a rua exige intervenções e práticas governamentais para retirada das pessoas da rua e produção de relações sociais como sujeitos da “falta” (SCHUCH et al., 2012).

A Tabela 1 mostra os locais em que ocorreram as entrevistas.

Tabela 1 – Local da entrevista

	n (19)	%
Local da entrevista		
Albergue	6	31,57
Abrigo	5	26,31
Casa lar do idoso	5	26,31
Rua	3	15,78

Fonte: Mattos (2017).

Na pesquisa, a maior parte da população idosa em situação de rua, 31,57% (seis), foi entrevistada nos albergues, seguido pelos abrigos, 26,31% (cinco), e pela Casa Lar do idoso, 26,31% (cinco). A minoria, 15,78% (três), foi entrevistada na rua. Porém, foi neste local em que mais foram encontradas pessoas que se enquadraram nos critérios de exclusão, devido a um não estabelecimento de diálogo coerente e voluntário, por estarem dormindo, alcoolizadas e/ou confusas. É o local de maior vulnerabilidade e risco para as pessoas idosas nessa situação.

Os dados de Schuch et al. (2012) revelam o contexto territorial das pessoas em situação de rua; na sua maior parte (27,5%), encontravam-se “instalado/acampado em lugar público”, seguidos (24,5%) de “abrigo/albergue/casa de convivência” e (20,3%) “em trânsito/trabalhando”. Diferentemente dos dados encontrados nesta pesquisa, já que a minoria foi pesquisada nas ruas devido aos critérios de exclusão, e também porque usa uma categorização diferente, o autor soma abrigo, albergue e casa de convivência numa única categoria e acrescenta a categoria em trânsito/trabalhando, que não consta nesta pesquisa.

De certa forma, esse dado poderá produzir um viés na pesquisa. Se a rua é o local de maior vulnerabilidade e o campo com maior número de exclusão de sujeitos da pesquisa, a qualidade de vida desses sujeitos poderá se diferenciar dos demais resultados daquela população idosa acolhidas pelos serviços FASC, portanto, uma melhor condição de vida pode ser observada na população idosa em situação de rua acolhida do que naquela que permanece nas ruas e/ou sem vinculação FASC.

Os albergues, que representaram grande parte (31,6%) das pessoas idosas nesta pesquisa, deveriam ser um serviço articulado com a rede pública e promover o resgate de vínculos, autonomia e independência, além do repouso e do restabelecimento (BRASIL,2012). Porém, numa pesquisa com os idosos que estavam em albergues, foi constatado que 20,3% dessa população apresentaram déficits cognitivos, 15,6% relataram internações psiquiátricas anteriores, 12,5% apresentaram desnutrição, 39,1% não apresentaram autonomia/independência e 37,5% relataram uso abusivo de álcool, estando associado estatisticamente com síndrome demencial provável (SOUSA; LOVISI, 2007), fato que chama atenção para a urgente necessidade de intervenções mais efetivas.

Ainda é um desafio aos serviços socioassistenciais desenvolver as habilidades e resgatar a esperança e a autoestima da população idosa em situação de rua, já que estas estão acostumadas a recorrentes perdas. Sabemos que as pessoas idosas vinculadas aos serviços apresentam vulnerabilidades num nível menor de intensidade do que aquelas que estão na rua sem nenhum tipo de acolhimento, pois são estas que não se enquadram nos critérios de inclusão desta pesquisa porque estão dormindo, drogadas, alcoolizadas ou desorientadas mentalmente, portanto, ainda mais vulneráveis e em piores condições de vida.

O número pesquisado nos abrigos também foi elevado. Para Mentz (2013), o abrigo é uma moradia temporária que acolhe os sujeitos e é um serviço continuado. O abrigo proporciona atendimento personalizado visando à integração e ao convívio familiar, bem como à potencialização da autonomia e preparo do sujeito para o desligamento, por meio de profissionais técnicos habilitados para esse fim. Ele oferece cuidado, espaço de socialização e desenvolvimento para pessoas em situação de abandono ou risco, que necessitam sair do núcleo familiar de origem (BRASIL, 2012).

Dessa forma, tais pessoas residentes nos abrigos têm seus direitos resguardados por determinado período de tempo, aquele tempo em que poderão permanecer no abrigo. Algumas não se consideram população em situação de rua, já que não estão nas ruas, porém, temem retornar para as ruas, fato comum quando não é possível promover sua emancipação financeira e organizacional, sem perspectivas de vagas nos demais serviços socioassistenciais, até porque possuem como característica, neste caso, serem de acolhimento provisório e não definitivo.

Outra modalidade de serviço de Proteção Social Especial de alta complexidade é a Casa Lar de idosos, que representou 26,3% (cinco) dos pesquisados. A Casa Lar de idosos acolhe pequenos grupos em residência, possui cuidadores qualificados, residentes no local, e visa a proporcionar um ambiente acolhedor, semelhante ao ambiente familiar, com participação na vida comunitária. Os sujeitos da pesquisa entrevistados na Casa Lar foram aqueles que

apresentaram melhor condição de vida, bem como tranquilidade psicológica por entender que nessa modalidade poderão envelhecer com segurança nesse local. Embora teoricamente também seja um local de passagem, é visto como definitivo pelos usuários; talvez por ser pioneiro e recente, ainda não foi completamente compreendido.

Algumas características são comuns aos estudos realizados com as pessoas em situação de rua, entre as quais uma história de sucessivas perdas, da casa, da família, do emprego, de referências e da própria autoestima. Os problemas de ordem econômica, como o desemprego, a fome e a falta de um lar são alguns dos motivos que levam os sujeitos para as ruas, seguido do uso abusivo do álcool e das drogas (elemento condicionador do processo de rualização). A difícil reinserção social, a vergonha e a falta de perspectiva podem transformar a condição de estar em situação de rua como um novo modo de viver, marcado pelo conformismo e pela resistência (MACHADO, 2012).

Dessa forma, torna-se imprescindível que os profissionais dos serviços públicos e assistenciais tenham esse conhecimento para que possam ser capazes de trabalhar a reinserção social, o cuidado com a saúde, a acessibilidade às políticas públicas e a promoção da autonomia. Ofertar serviços de proteção social de alta complexidade está muito além das modalidades abrigo, albergue e casa lar; está na possibilidade de acolher esses sujeitos e prepará-los para a autonomia e a independência, possibilitando-lhes acessibilidade aos seus direitos fundamentais.

A fundamentação do critério de inclusão para idade dos pesquisados seguiu a definição de idosos para OMS, ou seja, a idade cronológica. Para os países desenvolvidos, a OMS considera idosos aqueles que possuem idade cronológica igual ou superior a 65 anos e para países subdesenvolvidos, 60 anos (OMS, 1989).

Existem diferentes formas de se definir e conceituar a velhice. No Brasil, o Estatuto do idoso (BRASIL, 2003) considera a pessoa idosa com idade igual ou superior a 60anos, enquanto alguns direitos, como a gratuidade no transporte coletivo, só são concedidos aos maiores de 65 anos.

O conceito de idade é multidimensional e extrapola as dimensões da idade cronológica. A relação entre os aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e culturais é fundamental na categorização de um indivíduo como “velho” ou não. A idade biológica é definida pelas modificações corporais e mentais; a idade social é definida pela obtenção de hábitos e status social pelo indivíduo para o preenchimento de muitos papéis sociais ou expectativas em relação às pessoas de sua idade, em sua cultura e em seu grupo social, e a idade psicológica diz respeito às habilidades adaptativas dos indivíduos para se adequarem às exigências do meio (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008).

Considerando as subjetividades envolvidas para caracterizar as idades biológicas, psicológicas e culturais, optou-se apenas pelo uso da idade cronológica na seleção das pessoas idosas nesta pesquisa, seguindo a definição da OMS. Por outro lado, cabe salientar a importância das demais formas de mensurar o envelhecimento, já que é um processo complexo e varia de indivíduo para indivíduo, ou seja, as idades psicológicas, biológicas e sociais diferem e variam da idade cronológica, porém são mais efetivas na caracterização do processo de envelhecimento (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008) e seriam importantes para caracterizar a baixa expectativa de vida cronológica da população idosa em situação de rua.

A Tabela 2 apresenta os dados relacionados às características demográficas das pessoas idosas em situação de rua pesquisadas.

Tabela 2 – Características demográficas das pessoas idosas em situação de rua

	n (19)	%
Sexo		
M	15	78,94%
F	4	21,05%
Idade		
60-69	13	68,42%
70-79	3	15,78%
80-89	3	15,78%
Etnia		
Negra ou parda	10	52,63%
Branca	8	42,10%
Indígena	1	5,26%
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	10	52,63
Ensino Médio Completo	4	21,05
Não respondeu	2	10,52
Ensino Fundamental Completo	1	5,26
Analfabeto	1	5,26
Ensino Superior Completo	1	5,26
Fonte de Renda⁷		
Trabalha	6	31,57
Não tem	6	31,57
Aposentadoria	3	15,78
Benefício (BPC)	1	5,26
Pede	1	5,26
Pensão	1	5,26
Bolsa Família	1	5,26

Fonte: Mattos (2017).

Das pessoas pesquisadas que compuseram a amostra, 78,94% (n=15) eram homens e 21,05% (n=4) eram mulheres. Os dados do 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua realizado no Brasil confirmam que o número de mulheres nessa situação é menor do que o número de homens; os valores assemelham-se aos da pesquisa, pois 18% eram mulheres e 82% eram homens (SAGI, 2010).

Homens e mulheres na situação pesquisada apresentam diferenças substanciais na forma de viver e de internalizar sua condição. Geralmente, para os homens a rua foi o desfecho terminal de ruptura e degradação social, enquanto para as mulheres representou uma estratégia de enfrentamento para violência doméstica. Dessa forma, os homens nutrem a vontade de

⁷ Fonte de renda: apesar de o critério de inclusão da pesquisa ser pessoas idosas em situação de rua vinculadas ao atendimento FASC, nota-se em contradição que ainda assim não possuem o resguardo dos seus direitos fundamentais, pois grande parte não tem acesso ao BPC, nem à alimentação, nem ao trabalho, nem à moradia, e continuam com seus direitos humanos básicos violados, denunciando a necessidade de ampliar a acessibilidade a esses direitos.

retornar para seus lares e famílias, e as mulheres não: devido a terem sido vitimadas, elas desejam construir uma nova família e um novo lar (ROSA; BRETAS, 2015).

Por isso, a escolha do parceiro com quem se relacionar passa a ter como critério a própria malvadeza, por considerar o homem com este atributo aquele mais capacitado para oferecer proteção em face da vulnerabilidade à violência indiscriminada. Assim, tais mulheres passam a se submeter às violações de um único homem, e não de tantos, pois aquele é, ao mesmo tempo, o agressor e o protetor. Embora seja possível se apaixonar na rua, os relatos que ouvimos não são de experiências amorosas, pois os relacionamentos estão antes perpassados por estratégias de sobrevivência (DIAS et al., 2015, p.11).

A tripla exclusão, por serem mulheres, idosas e estarem em situação de rua, leva-as a buscarem alternativas de autoproteção. As alternativas que encontram nos remetem à reflexão sobre o motivo pelo qual as mulheres estão em bem menor número nas ruas do que os homens, sobre o elevado risco de morte feminina e sobre a violência de gênero⁸ a que estão expostas, bem como as condições de vida a que se submetem para não estarem na condição de situação de rua.

O pequeno número de mulheres (em comparação à quantidade de homens) vivendo nas ruas pode ser um indicativo de que muitas mulheres optam por permanecer em suas casas, muitas vezes suportando situações de violência⁹ e opressão – situações indicadas por 22,0% dos homens como a principal razão para passarem a viver nas ruas/albergues, a terem que morar nas ruas, enfrentando as dificuldades que essa vivência implicaria. Quando perguntadas sobre as razões de terem ido para as ruas, a principal razão, indicada por 22,6% das mulheres, é a perda da moradia, seguida de problemas familiares (21,9%), alcoolismo e drogadição (11,7%) e desemprego (8,8%). O fato de a perda da moradia aparecer como razão principal para a ida às ruas é mais um fator que corrobora a hipótese levantada anteriormente de que as mulheres veem a rua apenas como última opção, nem sempre vinculada à noção de liberdade, tão frisada pelos homens (SAGI, 2010).

⁸Violência de gênero: pode ser expressa como um ato masculino para a aculturação da mulher nos referentes do mais antigo e maior poder do masculino, que é o patriarcado. Em crises ou ameaças de ruptura dessa dominação tradicional, comportamentos de reconquista do poder e da autoridade perdidos ou simplesmente de prevenção dessa perda serão não só possíveis, no universo simbólico da masculinidade hegemônica, mas necessários (SCHRAIBER et al., 2009).

⁹Violência: atos que constituem violação de direitos, da perspectiva legal e também ética. Mas violência também é definida como uso instrumental de poder, situação em que o sujeito detentor de maior poder se vale daqueles atos para reiterar ou ampliar seu poder, o que não lhe dá legítima autoridade senão um poder coercitivamente instaurado. Isso acentua desigualdades sociais, como as de gênero, e nega relações interativas/comunicativas (SCHRAIBER et al., 2009).

Os dados de um estudo realizado no Canadá revelaram que as mulheres em situação de rua com mais de 44 anos têm 1,5 vezes mais chance de morrer se comparadas com as mais jovens na mesma condição, e estas, por sua vez, têm entre oito e trinta vezes mais chance de morrer do que as mulheres da população geral (CHEUNG; HWANG, 2004).

O próximo dado a ser discutido, apresentado na Tabela 2, é a idade da população idosa em situação de rua. A maioria delas, 68,42% (n=13) tinham entre 60 e 69 anos de idade, seguidas de 15,78% (n=3) que tinham entre 70 e 79 anos e 15,78% (n=3) que eram idosos longevos, ou seja, com mais de 80 anos. Nenhum nonagenário e/ou centenário foi encontrado e/ou pesquisado. Esse fato pode estar relacionado à menor expectativa de vida da população idosa em situação de rua com relação à população geral, devido às inúmeras vulnerabilidades a que fica exposta. De acordo com Cidadeviva (2012), em Londres, por exemplo, a expectativa de vida entre as pessoas idosas em situação de rua é 25 anos inferior à média nacional.

Dentre as vulnerabilidades, pode-se mencionar a falta de acessibilidade das pessoas idosas em situação de rua aos benefícios da Previdência Social (GATTI; PEREIRA, 2011). A maioria dessa população idosa trabalha/trabalhou no mercado informal, dificultando o acesso à Previdência; a idade mínima para aposentadoria não condiz com a realidade das pessoas em situação de rua, que têm expectativa de vida menor do que a população de uma maneira geral (BRASIL, 2013); “as pessoas em situação de rua que contribuem para a Previdência Social, têm dificuldades de acessar alguns de seus benefícios já que, para isso, dependem de laudos médicos e exames, aos quais não tem acesso garantido” (GATTI; PEREIRA, 2011, p. 165). Para garantir esses direitos e auxiliar as populações idosas em situação de rua, é importante que haja orientação de órgãos como a Defensoria Pública, o Centro POP e o Centro de Referência em Direitos Humanos (BRASIL, 2013).

Por outro lado, na população geral, a transição demográfica mundial demonstra que a proporção de idosos com 80 anos ou mais vem aumentando consideravelmente. Atualmente existem cerca de 14 milhões de idosos acima de 65 anos no Brasil, sendo que 2.935.585 (1,6%) pertencem à faixa etária acima de 80 anos. O aumento da expectativa de vida trouxe à gerontologia novo desafio para o atendimento em saúde do idoso com idade cronológica acima de 80 anos, devido à maior frequência de comorbidades e maior incidência de declínio funcional. Essa parcela populacional pode ser denominada como idosos muito idosos, idosos mais idosos, idosos mais velhos e idosos longevos (idade igual ou superior a 80 anos), além de octogenários, nonagenários e centenários, sendo estes últimos quando faz referência à década de vida em que o idoso se encontra (LOURENÇO et al., 2012).

Dessa forma, o aumento da expectativa de vida geral também alterou o cenário das pessoas idosas em situação de rua, aumentando o número de idosos nesse segmento. Percebe-se uma diminuição na faixa de menor idade, ou seja, dos 18 aos 24 anos, e aumento significativo (duplicando) na faixa dos idosos, 60 anos ou mais. Isso retrata que há menor ingresso em decorrências das faixas anteriores, aparentando diminuição de adolescentes na rua e, por outro lado, a permanência de idosos, fator explicável nesse período pelo aumento da expectativa de vida da população em geral (SCHUCH et al., 2012).

Na cidade de São Paulo, segundo os dados da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas, avalia-se que cerca de 10.390 pessoas se encontrem em situação de rua, com predominância de indivíduos do sexo masculino, totalizando 80,3%; e com faixas etárias expressivas entre 26 a 40 anos, sendo 32% da população; 35% entre 41 a 55 anos e 14% com idade superior a 56 anos (FIPE, 2003).

Verifica-se uma relativa concentração etária acima da faixa dos 35 anos. No estudo de 2007-2008, entre 18 e 24 anos encontrou-se 19,7% da população de rua, e no intervalo dos 25 aos 34, foram 30%, totalizando quase 50% da população. Já os dados coletados em 2016 revelaram uma menor participação desses jovens na composição etária da população. A população entre 18 e 24 anos reduziu sua participação percentual em praticamente 50%. Em realidade, a população inserida nos intervalos entre 35 e 44 anos, 45 e 59 anos e de 60 anos ou mais tiveram um aumento percentual de participação, alcançando, respectivamente, 29,1%, 25,3% e 7,0%. Em resultado, mais de 60% da população tem 35 anos ou mais (61,4%). Assim, os dados revelam que, em paralelo ao aumento demográfico da população, há seu processo de envelhecimento (FASC, 2016).

Quanto à etnia dos participantes da pesquisa com a população idosa em situação de rua, a maioria 52,63% (10) era negra ou parda, seguida de 42,10% (8) branca, e a minoria era indígena 5,26% (1). O censo nacional de 2010 detectou mudanças na composição da cor ou raça declarada no Brasil: registrou a redução da proporção de brancos de 53,7% (2000) para 47,7% (2010) e um crescimento de negros (de 6,2% para 7,6%) e pardos (de 38,5% para 43,1%). Assim, a população negra e parda passou a ser considerada a maior no Brasil (50,7%) (LAMARCA; VETORE, 2012).

Enquanto a população geral do Brasil é constituída de 50,7% de pessoas negras ou pardas, a população desta pesquisa teve um percentual mais elevado para população idosa em situação de rua (52,63%). Tal dado nos remete às questões de preconceito e desigualdade social em função do grupo étnico-racial, ou seja, a população idosa em situação de rua, na sua maioria e em maiores proporções que a população em geral, é negra ou parda, o que caracteriza a

desigualdade racial sofrida no país, onde negros e pardos são menos favorecidos e mais discriminados, portanto, estão em maior quantidade em situação de rua.

Porém, se separarmos os pardos dos negros, teremos 15,78% (3) pardos e 36,84% (7) negros. Ao comparar esse dado com a média nacional do censo de 2010, fica ainda mais evidente que as pessoas idosas em situação de rua são o reflexo das desigualdades sociais, econômicas e, aqui em especial, étnico-raciais. Enquanto na população geral há 7,6% negros, na população idosa em situação de rua pesquisadas, esse valor multiplica-se por 5 vezes mais (36,84%). De acordo com Nogueira (1985), existe uma espécie de escala de graduação que vai do estritamente branco (o nível ideal) ao completamente preto; o preconceito se intensifica na razão direta dessa escala de cor e do porte de outras marcas: quanto mais negra é uma pessoa, maior é a probabilidade de ser vítima do preconceito.

As demais pesquisas com a população em situação de rua com relação à raça/cor mostram que em primeiro lugar aparece a categoria branca, que contou com 34,3% dos casos, seguida da categoria negra, que contou com 24,6% dos casos. Os autodeclarados “pardos” ficaram com 12,3%, e a categoria “moreno/a”, com 10,0% dos casos. Cabe salientar que nesta pesquisa negros estão separados de pardos, por isso justifica-se o resultado da maior parte da população em situação de rua ser branca, pois, se forem unidos os negros e os pardos, eles novamente representarão a maior parte (36,9%) da população em situação de rua (FASC, 2016).

No que tange à distribuição por raça/cor, destaca-se que, de todos os entrevistados, 39,1% se declararam pardos (BRASIL, 2009d), uma proporção semelhante à observada no conjunto da população brasileira (38,4%). O contraste com a população brasileira, em geral, é maior para aqueles que se declaram brancos, 29,5% (53,7% na população geral), ou pretos, 27,9% (apenas 6,2% na população geral). Dessa forma, tem-se que, entre as pessoas em situação de rua entrevistadas, a proporção de negros (pardos somados a pretos, conforme classificação proposta pelo IBGE) é substancialmente maior (67%), comparada aos níveis encontrados na população geral (44,6%).

Esses indicadores demonstram que a população negra ocupa os mais baixos níveis de bem-estar, em comparação à população branca. Conforme aponta Amaro (2005, p. 59), percebe-se que “(...) a pobreza não é democraticamente distribuída entre as raças, pois os negros representam 64% da população e estão permanentemente entre os segmentos mais esquecidos, excluídos e negligenciados” (FASC, 2008). Enquanto a população negra era escrava, ela não recebia assistência do Estado, nem da igreja e quiçá dos seus senhores, demonstrando a negligência histórica vivenciada pelos negros no Brasil (PINTO, 2003).

Tais questões de preconceito racial se refletem no trabalho e no difícil acesso à educação e à saúde. Guimaraes (2002) fala dos insultos raciais relacionados ao trabalho, quando se reservam aos negros os trabalhos com menor renda econômica e maior exploração, como a senzala, a cozinha, a catação de papel e outros. Também apareceram na pesquisa formas de discriminação sofridas no acesso à escola (25%) e à saúde (17,4%), demonstrando que há uma pluralidade de situações que ratificam a gravidade do racismo (FASC, 2008).

O sistema educacional brasileiro, (...) talvez inconscientemente, ajude a legitimar e “neutralizar” a discriminação racial, ocasionando o fato de que muitos alunos negros deixam de frequentar a escola, mesmo que por motivos não facilmente identificados como ligados à ocorrência de discriminação racial. (PINTO, 2003, p. 18).

Os níveis de escolaridade das pessoas idosas entrevistadas seguem essa premissa da exclusão, da vulnerabilidade e do preconceito racial, dentre outros. Dessa forma, a maioria 52,6% (10) dos pesquisados relataram ter o Ensino Fundamental incompleto, um valor estatístico um pouco melhor do que no censo de 2010 com a população em situação de rua, que apontou que 63,5% dos pesquisados não haviam concluído o primeiro grau, 17,1% não sabiam ler e escrever e 8,3% apenas assinavam o próprio nome (SAGI, 2012). No mesmo censo, a imensa maioria não estudava naquele momento (95%) e apenas 3,8% dos entrevistados afirmavam estar fazendo algum curso (ensino formal 2,1% e profissionalizante 1,7%).

Na pesquisa atual com as pessoas idosas em situação de rua, 21,1% (4) autorreferiram ter Ensino Médio completo, e a minoria 5,3% (1) ser analfabeta; em contraponto (ou não), 5,3% (1) tem Ensino Superior completo. Conforme se nota, esta é uma população com pouco acesso ao sistema escolar formal continuado, existindo, todavia, pessoas com nível superior que estão atualmente em situação de rua (SAGI, 2010).

Embora a pesquisa com as pessoas idosas em situação de vulnerabilidade aponte 5,3% (1) de analfabetos, não é possível compará-la com o censo de 2008, que apontou 16% de analfabetos entre as pessoas nessa situação. São pesquisas diferentes. Por outro lado, comparando o censo de 2008 com o censo de 2016, é possível destacar a redução do número de analfabetos para 6,0%, um indicador abaixo da média nacional, que é 8,3%, porém, acima da média da Região Sul do país, que é de 4,4% (IBGE, 2010).

Isto nos leva a crer que o nível de escolaridade no Brasil é bastante desigual e baixo, em especial nas Regiões Norte e Nordeste. Por outro lado, dentre o nível de escolaridade da Região Sul, esse segmento da população tem 1,6% a mais de pessoas analfabetas, e a taxa de analfabetismo municipal verificado no último censo do IBGE (2010) é 2,3% de analfabetos, ou

seja, essa população de rua de Porto Alegre é 3,7% mais analfabeta do que a população geral do município, marcando outro indicativo de vulnerabilidade e exclusão, além do 1% da população idosa nessa situação que admitiu nunca ter ido à escola (FASC, 2016; BRASIL, 2009d).

Quanto aos recursos financeiros que mantêm a população estudada, na maior parte 31,6% (6) são “bicos”, entendidos como trabalhos informais; na mesma proporção, 31,6% (6) não possuem qualquer tipo de recurso financeiro para subsistência. Apenas 15,78% (3) recebem aposentadoria, e a minoria se divide em: 5,3% (1) mendicância, 5,3% (1) recebe Bolsa Família, 5,3% (1) recebe BPC e 5,3% (1) recebe pensão.

De acordo com o 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a população idosa em situação de rua realizado no Brasil (SAGI, 2010), a grande parte das pessoas nessa situação são trabalhadoras, sendo que 70,9% delas exercem alguma atividade remunerada e 58,6% afirmam ter alguma profissão. Como os dados do censo são referentes a todas as pessoas em situação de rua, logo percebe-se que, ao ficarem idosas, a percentagem de trabalhadoras diminui por variados motivos, dentre eles as incapacidades físicas decorrentes de patologias que acometem na terceira idade.

Este mesmo censo (SAGI, 2010) desmistifica a percepção de que a população em situação de rua é composta por “pedintes”. Contrariando a imagem comumente difundida, constituem minoria (15,7%) aqueles que pedem dinheiro como principal meio para a sobrevivência. Esses dados são reforçados nesta pesquisa com as pessoas idosas, pois também foi a minoria 5,3% (1) que declarou praticar mendicância.

Também cabe ressaltar que, segundo o 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua realizado no Brasil (SAGI, 2010), a maior parte das atividades de trabalho realizadas por essa população situam-se na chamada economia informal, e apenas 1,9% dos entrevistados afirmavam estar trabalhando naquele momento com carteira assinada. Essa não é uma situação circunstancial, considerando-se que 47,7% dos entrevistados nunca trabalharam com carteira assinada.

Ainda segundo o censo (SAGI, 2010), são relativamente poucos (1%) os que não possuem nenhuma renda, mas esse valor mais que triplica quando se faz o corte para pessoas idosas nessa condição, pois, de acordo com esta pesquisa, são 31,6% (6) das pessoas idosas que não possuem qualquer tipo de renda. Com esse dado, é possível perceber o agravamento da vulnerabilidade e o aumento da miséria para as pessoas em situação de rua quando ficam idosas.

Outro ponto que merece destaque (e é contraditório) é o pequeno percentual dessas pessoas que recebem benefícios de assistência social. Consideramos essa questão contraditória,

porque são justamente essas pessoas, as mais carentes, que se imagina que usufruam desses benefícios; porém, de acordo com o censo (FASC, 2016), apenas 34,2% (1/3 dessa população) usufrui do Bolsa Família, o que representa um aumento de mais de mil por cento, considerando os dados do censo anterior (FASC, 2008). Já nesta pesquisa, especificamente com pessoas idosas nessa condição, apenas 2,3% recebem o Bolsa Família.

A grande maioria desta população não é atingida pela cobertura dos programas governamentais: 88,6% afirmam não receber qualquer benefício dos órgãos governamentais. Entre os benefícios recebidos, além do Bolsa Família, destacam-se a aposentadoria, recebida por 3,2% das pessoas em situação de rua, enquanto 1,3% recebem o Benefício de Prestação Continuada – BPC (obviamente são dois valores menores do que o obtido nesta pesquisa, que faz o corte somente com idosos) (BRASIL, 2011).

O 1º censo nacional com pessoas em situação de rua, bem como esta pesquisa com essas pessoas idosas, reafirma que a cobertura dos programas governamentais é pequena para a referida população. Dentre os grupos que menos recebem auxílio do governo, estão as pessoas com mais de 55 anos (73,6%) em situação de rua, sendo que 91,3% dos que dormem na rua não recebem, contra 77,1% dos que pernoitam em albergues (SAGI, 2010). Nota-se aqui a importância do trabalho dos albergues para instruir as pessoas idosas nessa condição. Por outro lado, destaca-se o quanto a cobertura dos programas ainda é incipiente e que se tem muito mais a fazer para aumentar dado percentual e melhorar as condições de vida dessa população.

Olhar para esse processo a partir do referencial marxista significa, antes de tudo, reconhecer as desigualdades e se opor a elas, reconhecê-las como injustas e como fruto de um conjunto de fatores originados no modo de produção capitalista, que centraliza a riqueza na mão de poucos, produzindo e reproduzindo desigualdades sociais e exclusão (MACHADO, 2012).

A Tabela 3 apresenta os modos e condições de vida das pessoas idosas em situação de rua, referindo o local em que permanecem durante o dia e a noite, o tempo que está nas ruas e o motivo que as levou para essa condição.

Tabela 3 – Modo e condições de vida das pessoas idosas em situação de rua

	n	%
Local que fica durante o dia		
Rua	9	47,36
Abrigo	5	26,31
Casa Lar	5	26,31
Local que fica durante a noite/dorme		
Rua	6	31,57
Abrigo	5	26,31
Casa Lar	5	26,31
Albergue	3	15,78
Tempo que está nas ruas		
1 a 5 anos	8	42,10
6 a 9 anos	1	5,26
10 a 20 anos	4	21,05
+ 21 anos	2	10,52
Não sabe ou não respondeu	4	21,05
Motivo que o levou para rua		
Desentendimento familiar	7	36,84
Sem condição financeira	4	21,05
Não quis responder	3	15,78
Órfão	2	10,52
Nasceu na rua	1	5,26
Uso de bebida alcoólica	1	5,26
Perturbação do humor ¹⁰	1	5,26

Fonte: Mattos (2017).

A maior parte da população pesquisada, 47,4% (9), passa o dia na rua, seguida por 26,3% (5) que ficam na casa lar e 26,3% (5) que ficam nos abrigos. Considerando que a pesquisa foi realizada com a população que tem vínculo com a FASC e faz uso dos equipamentos institucionais, não surpreende que a maior parte passe o dia nas próprias instituições onde foram entrevistadas, obviamente com exceção dos albergues, que não oferecem serviços diurnos.

Em contraponto, os resultados do Censo (FASC, 2016) relatam que apenas 9,5% dos entrevistados passam o dia, tendo como primeira opção as instituições oferecidas. Mais especificamente, só 0,3% fizeram referência aos abrigos, 6,3% aos centros POP, 1,2% ao CAPS AD, 0,1% aos CREAS/CRAS e 1,6% à EPA. A maior parte (34,2%) relatou passar o dia perambulando, sob marquises, calçadas e sinaleiras, ou mesmo trabalhando ou procurando emprego; em seguida, 17,3% relatam ficar nas praças, parques e viadutos; no Censo anterior (FASC, 2008) este último percentual era ainda mais elevado.

¹⁰Para Saraiva e Coutinho (2008), a doença depressiva é um aumento exagerado das sensações diárias que acompanham a tristeza, consistindo numa “perturbação do humor”, de gravidade e duração variáveis, que é frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica.

A maioria desses locais de grande circulação de pessoas permite desenvolver estratégias de sobrevivência e alguns deles ainda possibilitam conciliar essas atividades com repouso, atividades domésticas, convívio entre pares, etc. Diversamente do que ocorre com os cidadãos domiciliados, grande parte da população estudada está constringida a não manter uma fronteira clara entre o tempo do ócio e do trabalho, o espaço público e o privado. Muitos outros locais foram apontados com baixa incidência, mas que representam alternativas individuais importantes (FASC, 2016, p.47).

Em síntese, nos Censos, os locais preferidos para passarem o dia foram os locais públicos, que são meios de autoproteção, “segurança” e maior interação social para conseguir renda por meio de “bicos” ou doações (FASC, 2016), diferentemente das pessoas idosas, que já estão com menor disposição e condição física para deambulação e preferem estar acolhidas nas instituições, caracterizando maior dependência devido à maior vulnerabilidade a que estão expostas.

Os dados referentes ao local em que pessoas em situação de rua passam a noite são contraditórios ao local em que as pessoas idosas nessa mesma condição dormem. A maioria, 68,40% das pessoas idosas nessa situação, passa a noite ou/e dorme nas instituições, enquanto 31,57% (6) ficam na rua e, em contraponto, para 38,8% dos entrevistados no último Censo (FASC, 2016), o uso dos espaços institucionalizados para pernoitar não é a primeira opção, ou seja, a maior parte prefere ficar na rua em detrimento aos albergues.

Para os idosos que frequentam os equipamentos da assistência social, as preferências se dão por 26,3% (5) que ficam no abrigo, 26,3% (5) que ficam na Casa Lar e a minoria, 15,8% (3), que ficam no albergue. Já para as pessoas em geral que estão nessa mesma situação, os albergues foram prioridades para 23,7%, e os abrigos, para 4,0%.

De acordo com o I Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (SAGI, 2010; BRASIL, 2011), 46,5% dos entrevistados preferem ficar na rua à noite. Os motivos que os levaram a essa preferência referem-se, para 44,3%, à falta de liberdade nos albergues; para 27,1%, ao horário de entrada e saída ademais rotinas; e para 21,4%, à proibição do uso de álcool e drogas nos locais. Cabe salientar que parte dos entrevistados que costumam ficar nas ruas preferem ficar nos albergues, porém 20,7% relatam a dificuldade para conseguir vaga.

Especificamente em Porto Alegre, a maioria (52,1%) da população em situação de rua dorme cotidiana e prioritariamente em lugares de risco e exposição ambiental. Os principais locais para passar a noite relatado por eles continuam sendo as ruas, marquises ou calçadas

(23,3%), praças e parques (14,9%), embaixo de pontes e viadutos (12,1%) e outros como prédios abandonados, rodoviária, garagens, sem local fixo (FASC, 2016).

Tais dados remetem-nos a inúmeras reflexões. Dentre elas, a existência de uma demanda maior do que o serviço pode oferecer de vagas; o serviço ofertado é negado pelos usuários porque não estão adaptados às suas necessidades; aqueles que optam por dormir nos albergues, em especial os idosos, estão ainda mais vulneráveis às ruas e sofrem tamanha violência que são capazes de se submeter às regras dos albergues ou das demais instituições, porque fora delas existe risco de vida (devido à violência e à vulnerabilidade de gênero e idade, exposição às intempéries climáticas, por exemplo).

Esta reflexão é reforçada por um percentual grande, 69,3% das pessoas em situação de rua, relatam preferir o albergue devido à violência sofrida fora dele, e 45,2%, pelo desconforto das ruas (FASC, 2016). Dentre os motivos apontados pelos pesquisados para não frequentar as instituições, podem-se destacar o acolhimento hostil dos funcionários; o aumento dos usuários de 8,4% (FASC, 2008) para 15,6% (FASC, 2016); 12,2 % acham os horários rígidos e 11,9% relatam ter dificuldades para conseguir vagas; 5,2% justifica pela proibição de álcool e drogas, 4,9% desconhece ou não precisa desse equipamento, 22,2% apresentam outros variados motivos e 2,4% alegaram que é inconciliável com a sua atividade de renda (FASC, 2016).

Cabe ainda salientar que essas pessoas fragilizadas não formam um grupo homogêneo, ou seja, são sujeitos heterogêneos com perfis e histórias de vida singulares demais para serem mencionados como um grupo comum. Dessa forma, fica ainda mais evidente a necessidade de conhecer profundamente cada sujeito para que este possa ser auxiliado na garantia do seu direito, caso a caso, respeitando suas particularidades. Dormir na rua ou em albergues não significa apenas uma opção por um local de pernoite, mas, sim, evidencia a existência de perfis sociais e comportamentais distintos de dois grupos que integram o mesmo universo da situação de rua (BRASIL, 2009).

Grande parte (42,10%) dos idosos pesquisados estão nessa situação pelo período de 1 a 5 anos. Quanto à população geral em situação de rua analisada pelo censo (FASC, 2016), quase a metade (48,4%) está há mais de 2 anos dormindo na rua ou em albergues, cerca de 30% está há mais de 5 anos e 1,3%, desde que nasceu. Dentre os idosos pesquisados, 21,05% estão de 10 a 20 anos na rua, ou seja, uma indicação de que envelheceram na rua.

Dessa forma, observa-se a tendência da cronicidade da referida situação. Ao comparar os dados dos censos (FASC, 2008; 2016) é observado o crescimento dos percentuais de tempo em faixas temporais de mais de 10 anos de rua. Enquanto em 2008 eram 19,1%, atualmente são 29,2%. Se agregarmos os dados daqueles que estão há mais de 5 anos na rua, temos quase a

metade da população (47,8%) nessa situação por mais de 5 anos, reflexão que aclama a necessidade de políticas públicas voltadas para esse segmento populacional.

Grande parte dos idosos pesquisados, 36,8% (7), relatam que os motivos que os levaram a estar na rua foram os desentendimentos familiares¹¹, seguidos por 21,1% (4) que relataram não ter condições financeiras para subsidiar uma moradia. Contrapondo a esses dados, o censo (FASC, 2016) revela que os principais motivos que levaram as pessoas para essa situação fragilizada foram as questões relacionadas ao alcoolismo e ao uso de drogas (24,0%), também apontadas no 1º Censo Nacional (35,5%) com um valor percentual ainda mais elevado (SAGI, 2010), além de variáveis relacionadas à instabilidade e à ruptura familiar. Dessa forma, há uma variação dos motivos que levaram os idosos e os adultos em geral para a situação de rua, com exceção do rompimento de vínculo familiar, que é comum a ambos.

Ainda relacionado aos resultados apresentados no 1º Censo Nacional, os motivos que os levaram para rua foram os seguintes: o desemprego (29,8%) e as desavenças com pai/mãe/irmãos (29,1%). Dos entrevistados, 71,3% citaram pelo menos um desses três motivos (desemprego; desavença; álcool e drogas), muitas vezes de forma correlacionada, ou indicando uma relação causal entre eles. Esses dados reforçam os dados do censo atual de Porto Alegre (FASC, 2016), mas também trazem a questão do desemprego apontada pelos idosos e pelo censo realizado em Porto Alegre anteriormente (FASC, 2008), e ainda reitera como motivo a ruptura de vínculos (SAGI, 2010).

Cabe também salientar a mudança das características em função dos motivos, já que atualmente, para as pessoas em situação de rua, o alcoolismo e a drogadição são os principais motivos de ir para a rua. A dependência química de drogas, em especial do crack, foi amplamente discutida na mídia e apontada como epidemia pelos serviços e políticas de saúde, inclusive pelo Governo Federal, embora haja controvérsias de que epidemia sejam termo impróprio para representar a prevalência estática do uso de crack (NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012).

Isso pode ser reforçado pelo papel significativo que o rompimento de vínculos por separações e decepções têm sobre esse processo, podendo estar relacionado a processos de depressão e uso de álcool e drogas. Algumas pessoas explicitaram que a decisão de irem para rua se deu em grande parte ao envolvimento com drogas e/ou álcool e a uma decisão de preservar a própria família em relação aos danos e conflitos que a dependência gerava, o que

¹¹Desentendimentos familiares também estão relacionados a situações de violência doméstica, institucional dentre outras com acometimentos físicos, verbais e psicológicos.

nos leva a apontar para pesquisas futuras a investigação mais apropriada de uma correlação entre variáveis de instabilidade familiar e problemas com álcool e drogas (FASC, 2016).

Nas pesquisas anteriores (FASC, 2008), verificou-se que as rupturas familiares eram as principais motivações apresentadas pelos entrevistados, com 41,1% das respostas. Em seguida, figuravam a carência de condições materiais e financeiras (22,8%) e o uso de drogas/álcool pelo indivíduo ou na família (15,0%), assemelhando-se mais às motivações relatadas pelos idosos do que a pesquisa atual (FASC, 2016).

Considerando a relevância da influência do uso de álcool e drogas nos motivos atribuídos pela população idosa ao fato de estarem nas ruas, a tabela a seguir (Tabela 4) apresenta o autorrelato dos idosos sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas.

Tabela 4– Uso de substâncias psicoativas

	n	%
Faz uso de alguma droga?		
Não	8	42,10
Álcool e cigarro	4	21,05
Somente álcool	3	15,78
Somente cigarro	2	10,52
Álcool, cigarro e maconha/crack	2	10,52
*Total de idosos que usam álcool independente de outro produto	9	47,35

Fonte: Mattos (2017).

Grande parte dos idosos (as) entrevistados (as), 42,1% (n=8), relataram não fazer uso de substâncias psicoativas. Dessa forma, quando se trata do idoso (a), vemos uma mudança do perfil-autor relatado com relação ao uso de drogas, pois as pessoas adultas em situação de rua apresentaram uma percentagem de 51,8% que fumam diariamente, seguidos de 13,7% que fumam de vez em quando. Sobre o uso de bebida alcoólica, de acordo com o censo (FASC, 2016), 24,6% autorrelataram consumi-la diariamente e 36,9% de vez em quando; no entanto, para os idosos, o valor se apresentou diferenciado: 21,1% (4) relataram fazer uso de álcool e cigarro, 15,8% (3) usam somente álcool, uma minoria de 10,5% (2) usa somente cigarro e outra minoria 10,52% (2) usa álcool, cigarro e maconha e/ou crack concomitantemente.

Segundo o Censo (FASC, 2016), ao compreender o uso desses produtos segundo a faixa etária nota-se que o consumo de cigarro e bebidas alcoólicas é mais prevalente nas faixas etárias mais velhas (45 a 59 anos e 60 anos ou mais). De maneira semelhante ao que foi observado em 2007-2008, também foi mostrado que o uso de drogas ilícitas como maconha, crack e cocaína tende a ser mais comumente observado nas faixas etárias mais jovens (18 a 24

anos e 25 a 34 anos). Assim, reforça-se a informação obtida nesta pesquisa, que aponta que quase metade, 47,35% (9), das pessoas idosas consomem álcool, contrapondo 42,1% (8) que relatam não usar drogas e 10,5% (2) que usam apenas cigarro.

Cabe destacar aqui a importância e a influência do uso de drogas entre a população em situação de rua e a necessidade de políticas públicas efetivas para tratar e acompanhar essa questão. Nos dados do Censo (FASC, 2016), ao comparar com os dados da amostra da pesquisa realizada em 2007-2008, foi observado que o percentual de pessoas nesse segmento que não fizeram nenhum tipo de tratamento para parar/reduzir o uso de álcool e/ou drogas caiu de 57,6% para 44,0%. Porém, o percentual de respondentes que disseram ter interrompido o tratamento aumentou de 13,9% para 25,7%, o que levanta questões acerca dos fatores que dificultam a permanência em tratamento de saúde (o que inclui a oferta de leitos para internação) e a efetividade dos tratamentos disponíveis para dependentes químicos e alcoolistas.

Por outro lado, o alcoolismo e o consumo, de drogas podem ser elementos de processos de fragilização e ruptura dos vínculos familiares e ocupacionais prévia saída para as ruas. Porém, o consumo abusivo de álcool e, em menor escala e frequência, de outras drogas, parece fazer parte do necessário “processo de anestesia” para a permanência dessas pessoas na rua. Essas condições precárias de vida também remetem a problemas psíquicos e distúrbios psiquiátricos, particularmente em países que implementam processos de desospitalização sem o estabelecimento de políticas e programas de proteção social aos usuários e seus familiares (FASC, 2016).

As razões que levam as pessoas idosas em situação de rua ao uso abusivo de álcool e drogas são de tamanha complexidade que exigem também ações complexas para resolutividade: “A população em situação de rua costuma usar abusivamente álcool e outras drogas, seja por comportamentos e hábitos anteriores ou pelos adquiridos em função da necessidade de não sentir o frio e de esquecer as realidades adversas” (BRASIL, 2009a, p. 8).

As características demográficas das pessoas idosas entrevistadas revelam uma população heterogênea e ainda mais vulnerável do que os demais adultos nessa condição. As fragilidades físicas e patologias que surgem com o envelhecimento biológico impedem-nas de trabalhar para conseguir ao menos o próprio alimento, e as políticas públicas sociais e de saúde são incipientes e de pouca abrangência e acessibilidade para esta população. São sujeitos com histórias de vida diversas que os levaram para situação de rua e necessitam que o Estado implemente políticas públicas eficazes e efetivas, possibilitando condições a esse segmento populacional para ter seus direitos humanos básicos assegurados. As ações e políticas precisam ser intersetoriais e interdisciplinares para assim abranger todos os aspectos relacionados ao

contexto de vida dos pesquisados, ou seja, as secretarias de assistência social, saúde e habitação (dentre tantas outras) precisam trabalhar conjuntamente em prol de propostas reais e objetivas que possam diminuir a vulnerabilidade desses sujeitos.

5.2 ENVELHECIMENTO NAS RUAS, AGRAVOS NA SAÚDE FÍSICA E MENTAL E REPERCUSSÕES NO TRABALHO

Eu estou precisando de uma joelheira porque eu caminho de joelho (homem, 65 anos, Abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015)

Este subcapítulo pretende apresentar as demandas dos pesquisados relacionadas ao envelhecimento e à privação de direitos fundamentais, bem como os agravos de saúde e as repercussões destas no trabalho e em suas vidas. A pessoa idosa que está em situação de rua fica exposta a inúmeras fragilidades que podem acelerar o processo de envelhecimento e limitações de atividades, sendo a causa ou a consequência de agravos na saúde que irão influenciar no trabalho e nas condições de vida.

A qualidade de vida nesse sujeito já está modificada por fatores relacionados ao processo do envelhecimento, como a fragilização pela lentidão da resposta celular envelhecida a uma sobrecarga qualquer. Dessa forma, investigar a qualidade de vida desse idoso, vulnerável socialmente e vivendo em situação extrema de exclusão, com inúmeras outras fragilidades associadas, torna-se um imperativo ético e político, bem como conhecer suas necessidades e tencionar os órgãos públicos e o Estado para a exigibilidade de direitos para esse segmento populacional.

O conceito de vulnerabilidade social fundamenta-se na PNAS/2004, que define o público-alvo da assistência social. Assim, considera-se como população vulnerável o conjunto de pessoas residentes que apresentam pelo menos uma das seguintes características contidas no Quadro 5, a seguir:

Quadro 5 – Características que definem vulnerabilidade.

VARIÁVEIS	FONTE	ANO
Famílias que residem em domicílio com serviços de infraestrutura inadequados. Conforme definição do IBGE, trata-se dos domicílios particulares permanentes com abastecimento de água proveniente de poço ou nascente ou outra forma, sem banheiro e sanitário ou com escoadouro ligado à fossa rudimentar, vala, rio, lago, mar ou outra forma e lixo queimado, enterrado ou jogado em terreno baldio ou logradouro, em rio, lago ou mar ou outro destino e mais de 2 moradores por dormitório.	IBGE, Censo demográfico PNAD	2000 (2001 em diante)
Família com renda familiar per capita inferior a um quarto de salário mínimo.		
Família com renda familiar per capita inferior a meio salário mínimo, com pessoas de 0 a 14 anos e responsável com menos de 4 anos de estudo.		
Família na qual há uma chefe mulher, sem cônjuge, com filhos menores de 15 anos e analfabeta		
Família na qual há uma pessoa com 16 anos ou mais, desocupada (procurando trabalho) com 4 ou menos anos de estudo		
Família na qual há uma pessoa com 10 a 15 anos que trabalhe		
Família na qual há uma pessoa com 4 a 14 anos que não estude		
Família com renda familiar per capita inferior a meio salário mínimo, com pessoas de 60 anos ou mais.		
Família com renda familiar per capita inferior a meio salário mínimo com uma pessoa com deficiência		

Fonte: Brasil (2004).

A combinação dessas particularidades comporá a Taxa de Vulnerabilidade Social em um determinado território. A palavra vulnerável origina-se do verbo latim *vulnerare*, que significa ferir, penetrar. Por essas raízes etimológicas, vulnerabilidade é um termo geralmente usado na referência de predisposição a desordens ou de suscetibilidade ao estresse (JANCZURA, 2012). Vulnerabilidade, assim, refere-se aos indivíduos e às suas suscetibilidades ou predisposições a respostas ou consequências negativas. É importante ressaltar-se, contudo, que a “vulnerabilidade opera apenas quando o risco está presente; sem risco, vulnerabilidade não tem efeito” (YUNES; SZYMANSKI, 2001, p. 28).

Conclui-se então que vulnerabilidades e riscos remetem às noções de carências e de exclusão. Pessoas, famílias e comunidades são vulneráveis quando não dispõem de recursos materiais e imateriais para enfrentar com sucesso os riscos a que são ou estão submetidas, nem de capacidades para adotar cursos de ações/estratégias que lhes possibilitem alcançar patamares razoáveis de segurança pessoal/coletiva (CARNEIRO; VEIGA, 2004). A definição de vulnerabilidade social não especifica as condições pelas quais os diferentes grupos sociais ingressam no conjunto dos indivíduos ou grupos vulneráveis (OLIVEIRA, 1995). Também é possível ter indivíduos nessas condições entre os variados grupos de pessoas e segmentos populacionais. Além disso, a resolução ou atenuação da vulnerabilidade reside, exatamente, no fator econômico. Grupos dessa problemática se tornam vulneráveis pela ação de outros agentes

sociais, o que identifica processos de produção da discriminação social e retira a condição passiva dos vulneráveis (OLIVEIRA, 1995).

Dentre variados grupos nessas condições, destaca-se a população em situação de rua. Os indivíduos que moram nas ruas ficam sujeitos a precariedades e insalubridades e expostos a riscos cumulativos. Esses perigos requerem intervenções orientadas, desafiando conceitos gerais do SUS, como: universalidade, integridade e equidade. A condição de precariedade da população adulta de rua é tratada no âmbito da saúde e das intervenções sociais, visando a levantar subsídios para a implementação de políticas públicas de saúde para essa população (VARANDA; ADORNO, 2004).

Os relatos abaixo exprimem suas patologias, dores e limitações. As duas primeiras referem-se à bronquite asmática, uma doença crônica dependente de medicação broncodilatadora constante e higiene ambiental privada de pó, ácaro, sujeiras, pelúcias, penas, penugens e demais gêneros alérgenos, sendo que o controle do contato com esses agentes para uma pessoa que está em situação de rua é impossível, de forma que a doença vai agravando-se cada vez mais (BRUNNER; SUDDARTH, 2015).

Às vezes eu não durmo a noite inteira tossindo, tossindo, tossindo... (mulher, 61 anos, Abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

Eu tenho asma, eu tenho pressão alta e agora estou sentindo dor no corpo. (mulher, 80 anos, Albergue, entrevista no dia 7 de maio de 2016).

A hipertensão é outra patologia que acomete inúmeros brasileiros idosos. De acordo com os censos, as doenças cardíacas continuam prevalentes, mantendo-se estatisticamente com valores estáveis, desde a pesquisa de 2007-2008. (FASC, 2016). É uma doença silenciosa de risco, que pode levar ao acidente vascular cerebral (AVC), cardiomegalia e cardiopatias (doenças cardíacas) e requer cuidados na alimentação, como a restrição de sal, de ingestão hídrica e de condimentos ricos em sódio. Os fatores protetores são a atividade física constante, o lazer, a alimentação equilibrada, uma vida saudável e livre de estressores, fatos totalmente contrários aos relatos apresentados por quem vive em situação de rua (BRUNNER; SUDDARTH, 2015).

No relato das mulheres, a percepção da doença é maior do que em relação aos homens. A diabetes e a pressão alta aparecem quatro vezes mais na informação dada por elas comparada aos homens, configurando que estão mais bem informadas. Além de orientadas sobre determinadas vulnerabilidades às doenças e aos problemas de saúde em função do sexo, ressalta-se aqui a possibilidade da maior inserção das mulheres nos serviços de saúde e, por consequência, ao acesso a diagnósticos médicos (FASC, 2016).

Nesse sentido, estudos com hipertensos atendidos na atenção primária à saúde mostrou que 54,5% deles não apresentavam pressão arterial controlada e que as mulheres estavam mais controladas do que os homens: $p < 0,05$, 30,9%, vs 52,6%, respectivamente (SILVA; OLIVEIRA; PIERINI, 2016). A frequência do diagnóstico prévio de hipertensão arterial de 24,1% no conjunto da população adulta das 27 capitais brasileiras apresenta-se um pouco mais elevada em mulheres (23,6%) do que em homens (21,5%) (BRASIL, 2014b). As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão apontam que a prevalência global de hipertensão entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da quinta década. Essa mudança estaria relacionada às alterações hormonais decorrentes do climatério e da menopausa, fragilizando a mulher no contexto cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

A dor no corpo é um relato frequente da população pesquisada. A sobrecarga a que o organismo é exposto nas variações climática como sol, frio e chuva, bem como a necessidade de percorrer longas distâncias para garantir a subsistência, são algumas das causas das dores frequentes, além da fome e da insegurança da satisfação da sua própria necessidade humana básica. De acordo com as pesquisas realizadas pela FASC (2016), as dores no corpo são um dos problemas mais relatados por esta população. Para 43,7% dos entrevistados pelo censo, o problema que possuem é “dor no corpo”, ficando em terceiro lugar entre os problemas e/ou doenças mais apontados, mantendo essa colocação entre 2011 e 2016. Porém, entre as mulheres, as dores no corpo são a queixa principal (54,1%), indicando necessidades diferentes entre homens e mulheres com relação às demandas por cuidados em saúde que devem ser consideradas no planejamento de ações específicas. Dados apontam para uma maior percepção de adoecimento e de posse de problema de saúde em relação às pesquisas anteriores (FASC, 2008), exceto doenças de pele que diminuíram em quase 50% (FASC, 2016).

Na literatura há evidências de que as mulheres têm menor limiar de dor e resposta ao estímulo doloroso diferente dos pacientes do sexo masculino. Há relatos de mais dor em mulheres submetidas a intervenções cirúrgicas torácicas quando comparadas aos homens. Talvez isso esteja relacionado ao fato das mulheres verbalizarem a dor com mais facilidade. (COUCEIRO et al, 2009, p.316).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde é considerada como o perfeito estado de bem-estar físico, mental e social, no qual se consideram as diversas esferas biopsicossociais do indivíduo. Corroborando com o conceito da OMS, assinala-se que a saúde é resultante de condições de habitação, alimentação, saneamento, educação, renda, trabalho, emprego, lazer, acesso a serviços de saúde, a esporte e acultura, dentre outros fatores (BRASIL,

1986). As condições vivenciadas em situação de rua estão bem distantes dos requisitos concebidos em uma perspectiva ampla de saúde. Contudo, os resultados indicam que as pessoas desse segmento utilizam o discurso da saúde como a ausência da doença. Sendo assim, a saúde está associada à capacidade de resistir às dificuldades enfrentadas no cotidiano, enquanto o conceito de doença está vinculado à impossibilidade de lutar pela sobrevivência (AGUIAR; IRIART, 2012). A própria condição de viver na rua, com todas as carências que oferece, contribui para a dificuldade de esse grupo populacional ser considerado sadio (VERAS et al, 2014).

Quanto ao uso de medicação, o relato a seguir exprime a dependência de inúmeras delas, diferentemente do censo (FASC, 2016), em que 63,6% das pessoas em situação de rua referiram não fazer uso de medicação, sendo que 18,9% relatou usar diariamente e 17,5% de vez em quando. Os dados da pesquisa ainda mostram que grande parte (34,1%) da população que usa o medicamento diariamente tem idade entre 45 a 59 anos, sendo que apenas 9,4% tem mais de 60 anos e que outra grande parte (33,8%) que faz uso esporádico da medicação tem entre 25 e 34 anos.

Ah... remédio é bastante, eu não posso nem dar o nome porque é um monte. (Homem, 60 anos, Abrigo, entrevista dia 9 de setembro de 2015).

Esta pesquisa mostra que o envelhecimento nessa condição está bastante atrelado a doenças e ao uso de medicamentos. Além das dificuldades para manter guardada sua medicação, devido ao fato de não terem uma residência fixa, ainda é relatado por essas pessoas o precário ou nulo acesso à assistência de saúde para consulta e medicação para o tratamento, denunciando o preconceito e estigma dos trabalhadores de saúde contra essa população, fato que será abordado a seguir no item sobre violência institucional. Seria importante que os serviços de saúde tivessem conhecimento das características da população dos moradores de rua para adequar-se às suas realidades e assim garantir a acessibilidade. Em pesquisa, foram relatadas algumas dificuldades de acesso seguro durante a consulta, pois temem que roubem seus pertences e seu cachorro se deixar na rua; dessa forma, deixam de consultar (ROSARIO, 2015).

Dentre as medicações mais usadas pelas pessoas pesquisadas, a maior parte que utiliza medicação (12,3%) refere usá-la para “doença mental¹²”, seguido de 8,6% para HIV/AIDS e

¹²O campo da psicopatologia inclui um grande número de fenômenos especiais associados ao que se denominou historicamente como doença mental. São vivências, estados mentais e padrões comportamentais que apresentam uma especificidade psicológica (as vivências dos doentes mentais possuem dimensão próprias, genuínas, não

4,3% para pressão alta. Grande parte (36,1%) citou ter doença mental, 21,1% pressão alta, 15% HIV/AIDS e 9,5% cardiopatia. Esses dados permitem avaliar que, embora 420 pessoas declarem-se doentes, a maioria delas não usam medicamentos, variando entre 97,8 a 87,7%, ou seja, não realizam tratamento (FASC, 2016).

O envelhecimento, a limitação de atividades e as inúmeras outras patologias que acometem esse segmento populacional geram consequências ainda maiores na condição de suas vidas, pois, impedidos de trabalhar, diminuem ainda mais seu sustento, que já é precário, como pode ser evidenciado nas narrativas a seguir:

[...] quase não enxergo, não tenho perna para caminhar, tenho que andar de cadeira de rodas... não tenho condições de trabalhar porque eu estive muito doente[...] (homem, 65 anos, Abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015)

[...] fico pior ainda quando eu subo uma lomba, eu quase morro. Meu coração parece que vai disparar... é horrível, e aí, né, eu não podia mais trabalhar, mas como é que eu vou ficar sem trabalhar [...] (mulher, 61 anos, Abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

Apesar das limitações impostas pelos problemas de saúde, ainda assim essas pessoas lutam pelo trabalho e pela sua sobrevivência. Como pode ser visto no relato acima, mesmo com tamanha dificuldade, a pessoa idosa continua tentando trabalhar para poder garantir sua próxima alimentação, não vendo outra alternativa além disso. Essa questão nos remete a pensar as políticas públicas de assistência financeira como o BPC, que serão discutidas no próximo capítulo.

Dessa forma, é possível ver que a rua é também um local de trabalho, apesar de muitas vezes ser vista de forma estigmatizada como ócio, inatividade ou vagabundagem (FASC, 2016). Mesmo com a baixa escolaridade, uma considerável parcela dessa população (66%) possui algum tipo de qualificação profissional e/ou alguma experiência no mercado de trabalho, podendo ter sido obtida antes ou durante a sua estada nas ruas. Esses dados desmistificam, portanto, o estigma que a sociedade impõe de que esse segmento é composto exclusivamente por pessoas despreparadas para estabelecer vínculos empregatícios (VERAS et al, 2014).

sendo apenas “exageros” do normal). A doença mental é o constrangimento do ser, é o fechamento, a fossilização das possibilidades. Possibilidade de dispor de senso de responsabilidade, de humor e de um sentido poético sobre a vida, atributos que permitiriam ao indivíduo relativizar os sofrimentos e as limitações inerentes à condição humana, e assim desfrutar do resquício de liberdade e prazer que a existência oferece (DALGALARONDO, 2008). Com a Reforma Psiquiátrica, ocorrida no Brasil, promovida pelo movimento social da luta antimanicomial, ocorreram inúmeras mudanças de paradigmas no cuidado e também na terminologia utilizada: antes doença mental, e agora transtorno ou sofrimento psíquico, que caracteriza o sujeito portador e não doente, bem como saúde mental e não doença mental, na perspectiva de desestigmatizar a área em questão (BRASIL, 2013c).

É um direito social de todos o exercício de qualquer tipo de trabalho, ofício ou profissão, como lavador de carros, professor, catador de material reciclável, advogado, pedreiro, servidor público, flanelinha, artesão, entre outros. O trabalho dos catadores de material reciclável é reconhecido no Código Brasileiro de Ocupações. Eles, organizados em associações e cooperativas, realizam a coleta seletiva e ajudam a preservar o meio ambiente. Existe, inclusive, uma lei federal que facilita a contratação das organizações dos catadores pelas Prefeituras, para fazer o serviço de coleta seletiva na cidade. Existe também o Projeto de Lei Nº 2.470/07, que altera a Lei Nº 8.666/93, incluindo a contratação de trabalhadores em situação de rua nos acordos de administração pública (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2010).

O trabalho é carregado de significados para as populações em situação de rua. A ideia de perda dele é relacionada à perda de identidade, de condições de vida e de autoestima, como bem expressa um dos entrevistados “não ter trabalho é estar pesado, morto” (ABREU et al, 1999). Por outro lado, também há pessoas que estão cansadas e com menores condições ainda para trabalhar, almejando o descanso da aposentadoria. Isso pode ser visto no relato abaixo, em que uma pessoa vai trabalhar por extrema dependência financeira de seu trabalho, com as inúmeras dificuldades que encontra para carregar a carga de trabalho.

Estou bem insatisfeito, vou trabalhar porque preciso, senão não ia. É muito sofrimento para levar essa carga pendurada no pescoço... (homem, 65anos, Abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015).

Aumentar a oferta de trabalho, preparo e remuneração (Benefício da Prestação Continuada) para as pessoas idosas foco desta pesquisa seria uma importante meta. No Plano Municipal de atendimento à população de rua, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) propôs ofertar uma casa de cuidados transitórios para pessoas nessa situação, com alta hospitalar e cuidados especiais, atendê-las nas unidades básicas de saúde com referenciamento do CREAS, ações como o Programa de Combate à Tuberculose e ações ofertadas pelo serviço de saúde mental (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2011).

A Política de Saúde (SUS) garante o atendimento a todo cidadão nas condições em que ele se encontrar, mesmo sem endereço, sem documento e sem acompanhante; garante também que seja atendido nos postos de saúde e hospitais. Na Política Nacional de Saúde, existem programas que garantem a contratação de Agentes Comunitários para atender às pessoas em situação de rua. Há uma rede de serviços especializados para prestar auxílio a quem bebe e/ou usa drogas e para quem tem transtorno mental, conhecidos como Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e Centros de Apoio Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD). O SAMU, os

gestores e os trabalhadores da saúde devem conhecer as necessidades dessa população e garantir um atendimento humanizado (MINISTÉRIO PÚBLICO, 2010).

Apesar de toda oferta de serviços em saúde garantidas por lei, a população em situação de rua não vive essa realidade. Pelo contrário, apresenta dificuldades de acesso aos serviços. No censo (FASC, 2016), fica evidente que essa população tem uma saúde bucal bastante precária e também tem indicadores da presença de problemas de saúde multifatoriais, que não estão ligados a uma patologia específica, mas a um conjunto de desordens que se traduzem em sintomatologias difusas e não diagnosticadas e que podem ser explicadas pelos problemas de acesso a tratamento dessa população.

Outra questão interessante é que, embora muitas pessoas em situação de rua tenham problemas com álcool e drogas, 44% nunca trataram e 25,7% interromperam o tratamento. Esses dados contribuem para compreender o diminuto acesso e/ou vinculação da população adulta nessa situação a tratamentos médicos de saúde, bem como a dificuldade de diagnóstico ou mesmo a finalização de tratamento médico e odontológico (FASC, 2016).

O envelhecimento nas ruas acontece de forma rápida em conjunto a inúmeras limitações e agravos, consequentes das difíceis condições de vida ali presentes. As inúmeras vulnerabilidades a que essas pessoas idosas estão expostas repercutem na sua saúde física e mental, levando-as a desenvolver inúmeros problemas que limitam ainda mais suas atividades de vida diária e instrumental, resultando em restrições ao trabalho (“bicos”), formando um círculo vicioso que as leva a maiores fragilidades e piores condições de vida.

5.3 CONDIÇÕES DE VIDA NA RUA, ESTRATÉGIAS DE SOBREVIVÊNCIA E PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA

Deus diz para ti: filho, espera que horas melhores virão. Estou dizendo essas palavras que... isso se chama de esperança (homem, 73 anos, Casa Lar do idoso, entrevista no dia 25 de abril de 2016).

Este subcapítulo irá apresentar as condições de vida, as estratégias de sobrevivência e a percepção de qualidade de vida para as pessoas idosas em situação de rua. Para facilitar a compreensão, abordaremos inicialmente o conceito de condições de vida, seguido pelas falas transcritas e discussões, sucessivamente dos referidos temas.

5.3.1 Condições de vida

O determinante social da saúde da pessoa é o ambiente urbano em que ela vive. Portanto, as condições de vida da população são determinadas por indicadores compostos de variáveis sociais, criados para estimar essas condições e contribuir para a construção de um espaço de monitoramento de injustiças sociais, por exemplo, indicadores demográficos e socioeconômicos do local de moradia, como o acesso ao saneamento e à habitação, o nível de renda e a escolaridade (CARVALHO et al, 2015). As condições de vida foram mensuradas a partir de algumas variáveis. Dentre elas, podem-se destacar a alfabetização, a escolaridade (em anos de estudo), a propriedade da casa, as condições de moradia e a posse de bens duráveis (LUDEMIR; MELO FILHO, 2012).

Condições de vida e modo de vida divergem no seu conceito. Condições de vida são os determinantes político-organizacionais da sociedade como um todo, está relacionado entre grupos de sujeitos, visto que cada grupo tem seu próprio conceito de condições de vida, e as variantes de saneamento como o transporte, a habitação, a alimentação, a educação, os cuidados à saúde, dentre outros. O modo de vida pode ser definido como a garantia das necessidades de subsistência do indivíduo, como a condição econômica e a acessibilidade às políticas públicas (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A área da saúde está intimamente (mas não integralmente) ligada à condição de qualidade de vida. Alterações e melhorias no estilo de vida das pessoas são intervenções importantes e de primeira instância (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Por outro lado, as políticas públicas podem usar essa premissa para omitir-se de melhorar as condições de vida da população, investindo economicamente em outros setores que julga mais interessantes, o que é vantajoso para os órgãos de poder e fortalece o processo de culpabilização da vítima, quando transfere a responsabilidade do Estado para o indivíduo de melhorar suas condições de vida (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

A liberdade para gozar de uma vida próspera e de boa saúde está distribuída de forma desigual na sociedade. O acesso e a qualidade dos serviços de saúde, como o bem-estar, a promoção, a proteção, a prevenção, a recuperação, o tratamento e a reabilitação, são diferenciados e determinados pela estratificação social, gerando consequências desiguais na saúde da população. Essas desigualdades nos serviços de saúde são constatadas nas condições vigentes na primeira infância e idade escolar, na natureza das condições laborais e de emprego, nas características físicas do ambiente de trabalho e na qualidade do ambiente natural habitado (CARVALHO, 2013).

Como pode ser visto no relato abaixo, as desigualdades econômicas do país levam a condições de vida precárias. A vulnerabilidade vivenciada por uma mulher idosa em situação de rua, na tentativa de manter os hábitos higiênicos sem ter um local para habitação, expondo-se às condições climáticas e também publicamente no Guaíba, demonstra apenas uma das tantas dificuldades que enfrenta para satisfazer suas necessidades humanas básicas.

[...] comprava sabão, tomava banho no Guaíba, minha roupinha tava sempre levadinha na sacola [...] meus ombros em carne viva de carregar a mochila [...] (mulher, 61 anos, Abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

Outro ponto que pode ser discutido sobre esse relato são os riscos de doença, devido à poluição do Guaíba, de afogamento e de violência a que ela está exposta. Enquanto de um lado luta-se para que a nação tenha acesso ao saneamento básico, inúmeras pessoas em situação de rua sequer têm acesso à água. A ausência de um local público gratuito que pudesse fornecer privacidade, ambiente salubre e segurança resulta na violação de direitos fundamentais, com consequente aquisição de doenças, acidentes por afogamento, violência sexual, física e psicológica, dentre outras consequências. Ainda cabe aqui discutir a condição física dessa pessoa. Quando se refere aos seus ombros, “estão em carne viva”, novamente expõe sua fragilidade enquanto idosa e mulher que precisa se submeter a carregar todo o pouco que possui nos ombros, protegendo-se de roubos.

O reflexo da desigualdade econômica existente no país são as condições difíceis de sobrevivência que muitas pessoas vivenciam. A precariedade ou ausência da habitação, alimentação, trabalho, higiene, saúde e vínculos sociofamiliares estão entre essas condições difíceis de vida (AGUIAR, 2010; BRASIL, 2008a).

O seguinte relato também retrata a difícil condição de vida de um homem na mesma situação. Embora receba o BPC, seu relato demonstra a insuficiência do benefício para sobreviver e ter acesso à moradia e também a necessidade de trabalhar para comer, mesmo quando o corpo não tem condições físicas e biológicas para isso.

Não tenho qualidade de vida. Ganho um salário mínimo, fiz um empréstimo e ganho R\$ 490,00, tenho que dar uns duzentos e poucos para a mulher, não sobra para pagar aluguel para mim, daí tenho que ficar na rua. Sou obrigado a trabalhar todo quebrado, arrebitado para poder comer. (Homem, 62 anos, Albergue, entrevista no dia 7 de maio de 2016).

Esse relato evidencia as condições precárias de vida desse sujeito idoso morador de rua, que não tem acesso à moradia, à alimentação e ao tratamento de saúde qualificado. Quando

refere que trabalha todo quebrado e arreventado, revela tamanha vulnerabilidade que fica exposto em prol da própria sobrevivência, buscando forças e condições para resistir.

Dessa forma, é possível discutir as desigualdades econômicas do país e suas consequências nas condições de vida das pessoas idosas em situação de rua. Desmistifica-se assim a ideia preconcebida de que estar nessa situação é uma opção; contrariamente, as falas revelam que é a falta de opção, de oportunidade e de direitos fundamentais, que levam os idosos em situação de rua à privação de um envelhecimento digno com no mínimo as necessidades humanas básicas supridas.

5.3.2 Estratégias de sobrevivência

Estratégia remete ao conjunto de operações utilizadas para organizar e controlar o espaço social (CERTEAU, 1998), ou seja, os meios encontrados para sobreviver nesse espaço físico. Estratégias de sobrevivência seriam aquelas relacionadas à garantia de necessidades básicas que necessitam ser supridas, principalmente alimentação e moradia (AZEVEDO et al, 1998).

A busca por redes assistenciais ou por solidariedade da população são algumas estratégias de sobrevivência das pessoas em situação de rua. Alguns serviços de Assistência Social disponibilizam alimentação, local para suprir necessidades fisiológicas, higiene e vestuários, porém, não suprem às necessidades de atendimento, seja pela quantidade insuficiente de vagas e de investimento ou pela má qualidade de serviço, vistas pela crença da benevolência e negação de direitos sociais (COSTA, 2005).

No relato abaixo, pode ser observada a busca pela rede assistencial como estratégia de sobrevivência de uma mulher idosa participante deste estudo. Inicialmente, discute-se a expressão “até que a assistente social me falou do centro POP”, pois, de acordo com o relato, ela levou determinado tempo até descobrir sobre os equipamentos de acolhida disponíveis, motivo pelo qual estava ainda mais vulnerável até passar a ser usuária desses equipamentos de acolhimento.

[...] até que a assistente social me falou do centro POP, onde eu podia fazer estas coisas e ganha um lanche as dez outro às treze, não tem comida, só um lanchinho[...] todo mundo lá é muito gentil, bacana mesmo. A gente lavava a roupa, tomava banho, tinha cotonete e até talquinho pro chulé e umas toalha branquinha. (mulher, 61 anos, Abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

Também cabe mencionar a experiência positiva dela com relação ao serviço. A disponibilidade de materiais (talco, toalha, cotonete...), de higiene (toalha branquinha), de pessoal humanizado (gentil e bacana) são aspectos positivos apontados na rede de acolhimento, os quais merecem destaque e incentivo para manutenção da qualidade. Por outro lado, nota-se a necessidade de “comida” ao invés do “lanchinho”. Como medida de crítica construtiva para adequação à realidade das pessoas fragilizadas, destaca-se que esta pode ser a única refeição do dia dessas pessoas, por isso, seria importante que fosse oferecida uma alimentação completa e equilibrada nutricionalmente.

O próximo relato também exprime o uso do albergue como estratégia de sobrevivência e qualifica-o como “muito bom”.

No albergue é muito bom e na rua eu procuro ficar sempre junto, onde tem bastante movimento para não ser maltratada. (Mulher, 80 anos, Albergue, entrevista no dia 7 de maio de 2016.

Cabe ressaltar aqui a violência de gênero vivenciada nas ruas, expressa no relato acima em “para não ser maltratada”. Dessa forma, nota-se que as mulheres estão ainda mais expostas e vulneráveis à violência das ruas (dentre elas a sexual), motivo pelo qual, embora estejam em menor quantidade do que os homens, apresentam maiores demandas (proporcionais) nos equipamentos da assistência social. É por isso que alguns deles possuem como estratégia de acolhimento dar preferência às mulheres, às pessoas idosas e às mulheres transexuais.

Para tanto, faz-se mais intensa e urgente a necessidade de medidas que promovam políticas sociais concretas e não excludentes. Ainda há uma cultura com intervenções do tipo “pão e circo”, recorrentes nas administrações públicas brasileiras, que agem maquiando os problemas existentes através de políticas públicas de esporte recreativo e de lazer (OLIVEIRA; DANTAS, 2009), como pode ser observado em Porto Alegre na última Copa do Mundo, quando ocorreram medidas de “higienização” da população em situação de rua (CASIRAGHI, 2015).

O seguinte relato exemplifica a carência total de direitos básicos e de acessibilidade aos serviços de saúde, reafirmando a necessidade de organizar atitudes concretas que resolvam e não apenas “maquiem” a situação.

[...] eu preciso trabalhar para ter dinheiro para pagar os rapazes que empurram a minha cadeira na rua [...] tenho que ir fazer curativo e tenho que pagar só para cruzar uma rua, tem uma cara que junta latinha e fica esperando, é R\$ 2,00 para me atravessar a rua. São quatro embarcações, são R\$ 8,00 que eu gasto por dia. (homem, 65 anos, Abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015),

A narrativa exprime a real necessidade de acessibilidade às políticas públicas pelas pessoas em situação de rua e as estratégias usadas para dar conta de suas necessidades. No caso acima, a pessoa é cadeirante, necessita de curativo e mesmo estando em situação de vulnerabilidade, sem recurso financeiro, precisa dar conta de pagar para “atravessar a rua”. Dentre suas estratégias de sobrevivência está a condição de arrumar recurso financeiro para pagar seu deslocamento na travessia até a unidade básica de saúde.

A implantação Nacional da Política para Pessoa em Situação de Rua (PNPSR), em 2009, foi resultante das reivindicações dos Encontros Nacionais da População em Situação de Rua. Os encontros destacaram a necessidade de políticas direcionadas ao enfrentamento das difíceis condições de vida, à invisibilidade, ao atendimento às reais necessidades da população à superação das abordagens higienizadoras ou assistencialistas (AGUIAR; IRIART, 2012).

Essa Política Nacional (PNPSR) visa a assegurar os direitos desse segmento da população e tem como objetivo garantir o acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda. Tendo em vista os relatos acima, é possível destacar a necessidade da PNPSR de realmente efetivar seus propósitos na prática, pois constatou-se que ainda não aconteceram as necessárias mudanças na garantia dos direitos fundamentais para essa população.

Também há um retrocesso no avanço social e nas conquistas dessas pessoas, quando as ideias de higienização e limpeza são difundidas na mídia e no senso comum. Esse é um termo da sociologia que se refere à eliminação de elementos sociais “indesejáveis”, como criminosos, antimoralistas e sem-teto. O termo se popularizou no final da década de 1980, quando organizações clandestinas começaram a praticar limpeza social em vários países latino-americanos (GABRICH; SILVA, 2015). É comum associar a figura de sujo, maltrapilho e de aparência sórdida a esse segmento vulnerável da população. O próprio discurso “higienista” rotula e propaga o estigma dessa pessoa associada à sujeira. No entanto, a grande maioria dessas pessoas não compartilha de tais atributo; porém, ainda assim, grande contingente de cidadãos solicita a remoção de moradores de rua que estão localizados próximos de suas casas, com o intuito da segregação e higienização social (MATTOS; FERREIRA, 2004).

Essa higienização social leva ao cerceamento do direito de ir e vir das pessoas nessa situação. De acordo com a pesquisa FASC (2016), cerca de 45% dos entrevistados afirmaram já terem sido expulsos de algum lugar, sendo que 36,5% se referiam a locais e órgãos públicos, e em 21,1% figuram os estabelecimentos comerciais. É importante ressaltar que a expulsão ocorreu na frente e não dentro dos locais: isso revela as dinâmicas de apropriação do espaço

público que interferem diretamente nas possibilidades e formas de ser e estar na cidade (FASC, 2016).

A busca cotidiana de meios de sobrevivência e capacidade de adaptação a tal condição desumana é a condição de vida da população marginalizada. Dentre as estratégias de enfrentamento, é possível destacar a resiliência, a capacidade do sujeito de superar as desventuras, existindo vários fatores de risco que influenciam diretamente nesse processo (YUNES, 2003; WERNER; SMITH, 1992; MASTEN, 2001 apud PALUDO; KOLLER, 2005), já que é a habilidade de enfrentar a adversidade. Para Oliveira (2001, p.133), a “pessoa de rua” sofre a falta de perspectivas de futuro “quando não mais encontra significados fortes que a faça sonhar e fazer projetos de vida, vive somente no presente”.

O risco tem potencial para apresentar resultados negativos em nível individual, onde encontram-se carência intelectual e social e problemas genéticos e psicológicos, enquanto no nível ambiental podem surgir episódios de vida incomodativos e estressantes, ausência de apoio afetivo e social, bem como baixo nível socioeconômico (MASTEN; GAMERZY, 1985 apud PALUDO; KOLLER, 2005).

Dessa forma, pode-se verificar que cada morador de rua cria suas próprias estratégias de sobrevivência, permitindo que possam viver nesse ambiente, enfrentando diariamente dificuldades em todos os aspectos que envolvam sua subjetividade. As necessidades básicas são quase sempre supridas por estranhos ou instituições que oferecem serviços assistencialistas, e a violência é o fator de maior predominância na vida de quem mora nas ruas (TRUBILHANO, 2011).

A criatividade e a necessidade criam infinitas possibilidades de estratégias de sobrevivência nas ruas. As seguintes falas exemplificam-nas:

Tenho bastante amigos, mas não tem como Deus (chora).
(Homem, 60 anos, rua, entrevista no dia 6 de julho de 2015)

A referência a Deus e a fé são estratégias de espiritualidade bastante presentes nos relatos, também vistas como forma de força para superação e enfrentamento das dificuldades diárias.

Isso precisava colocar no jornal, colocar na rádio porque esses enfermeiros tratam a gente como cachorro, eles não estão nem aí. Preciso deles e eles não me atendem, então isso é péssimo. (Homem, 65 anos, abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015).

Aqui é expressa a denúncia na mídia como forma de estratégia de enfrentamento para tentativa de obtenção de um atendimento em saúde qualificado e humanizado. Também se apresenta uma forma de violência institucional, que será abordada no próximo capítulo.

O próximo relato trata da opressão do direito a uma renda digna. Se as pessoas em situação de rua não têm condições de pagar uma moradia, também passam fome e tantas outras necessidades, não seriam elas as maiores necessitadas em receber um benefício financeiro do Estado para garantir-lhes dignidade de vida? Por que justamente essas pessoas, em sua minoria, recebem esse benefício (conforme demonstrado estatisticamente no capítulo anterior, que fala das características desta população)? Como o Bolsa Família pode lhes auxiliar na subsistência se o valor que é pago não garante sequer uma consulta? É o que é demonstrado na narrativa abaixo:

O que eu faço com o Bolsa Família? Nem pago uma consulta [...] (mulher, 61 anos, Abrigo, entrevista no dia 9 set 2015)

Outra questão instigadora é o porquê de o relato dessa mulher falar em “pagar” a consulta. Não seria direito seu ser atendida pelo SUS? A quem as políticas públicas vêm privilegiando e porque estes sujeitos não estão apropriados das informações relacionadas às políticas e aos seus direitos?

Abaixo temos sinalizada outra estratégia de sobrevivência comum entre os relatos das pessoas idosas em situação de rua. O recebimento de doações voluntárias, ajuda da comunidade e medidas benevolentes que ainda são marcas registradas ao abordar o tema “situação de rua”, o que de certa forma é prejudicial, no sentido de que impede que essas pessoas reivindiquem seus direitos mais veemente, uma vez que suas necessidades foram supridas no instante em que recebem as doações.

[...]a gente tinha coberta, as famílias ajudavam nós [...] a gente não podia fazer uma casinha. Se nunca tivesse passado por isso, acho que teria uma qualidade de vida melhor[...]uma assistente social arrumou para eu vir para cá, depois que perdi meu marido (mulher,80 anos, Casa Lar do idoso, entrevista realizada no dia 25 de abril de 2016).

Uma das estratégias de sobrevivência utilizada pelas mulheres é ser casada e/ou conviver com um homem. Também pode-se destacar a busca pelos equipamentos da Política da Assistência Social. O próprio equipamento acolhe preferencialmente essas mulheres, como visto no relato: sua viuvez foi motivadora para a assistente social lhe encaminhar para a Casa Lar do idoso, reconhecendo a violência de gênero a que está mais exposta noutros espaços.

Posteriormente, serão descritas sucintamente as políticas disponíveis para a pessoa idosa e para as pessoas em situação de rua, bem como os equipamentos de acolhimento disponíveis e sua repercussão na sobrevivência destas.

Política Pública é um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas e como um conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos (LYNN, 1980). A política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos, também definida como o que o governo escolhe fazer ou não fazer. A definição mais conhecida são decisões e análises sobre essas políticas, que implicam responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz (SOUZA, 2006).

Não há uma política específica e exclusiva, uma portaria ou artigo para pessoas idosas em situação de rua. O que existe são políticas e ações voltadas para o idoso e outras voltadas para as pessoas em situação de rua. São programas específicos que merecem ampla discussão e divulgação para ampliar a acessibilidade e o conhecimento entre os próprios profissionais de saúde. Os inícios da inserção dessas pessoas nas políticas ocorreram através da Política Nacional da Assistência Social (PNAS).

5.3.2.1 Política Nacional da Assistência Social (PNAS)

Este item pretende discorrer sobre a Política Nacional da Assistência social. Compreender como se deu sua história, criação e a mudança de paradigmas com relação ao papel do Estado para com os sujeitos vulneráveis se faz fundamental para compreender a dignidade humana e os direitos fundamentais básicos para tal população idosa.

Com o fim da ditadura militar, a população se mostrou interessada em participar dos planejamentos e ações do Estado. Ocorreram importantes mudanças no sistema de proteção brasileiro, porém, não impactaram no desenvolvimento econômico e nem na equidade. Por outro lado, a Constituição Federal (CF) de 1988 flexibilizou o acesso aos benefícios para os trabalhadores com a Política da Assistência, com o objetivo de integrar políticas contributivas e não contributivas (DELGADO; JACCOUD; NOGUEIRA, 2009).

A partir da Constituição Federal de 1988, novos conceitos e modelos de assistência social passaram a vigorar no Brasil. A CF determina a responsabilidade estatal em função da necessidade de proteção social dos cidadãos. A instituição da Seguridade Social surge como sistema básico de proteção social, articulando e integrando as políticas de seguro social, assistência social e saúde (SILVA, 2010).

Os marcos legais importantes, que deram início a essas mudanças de paradigmas, constam no Quadro 6.

Quadro 6–Marcos legais da assistência social no Brasil

Ano	Marco
1988	Constituição Federal
1993	Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS - Lei N° 8.742
2004	Política Nacional de Assistência Social – PNAS
2005	Norma Operacional Básica do SUAS – NOB/SUAS
2005	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS NOB/RH/SUAS
2009	Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais
2011	Lei nº 12.101 – Certificação das Entidades Beneficentes de Assistência Social. Lei nº 12.435 – SUAS

Fonte: Oliveira (2017).

A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei N° 8.742/93) passou a ser vista como direito de cidadania para garantir o atendimento às necessidades básicas da população vulnerabilizada pela pobreza e pela exclusão social (BRASIL, 2004). Dessa forma, a assistência social passou a ser reconhecida como uma política pública, garantindo direito de acesso a serviços por parte das populações necessitadas e direito a uma renda de solidariedade por parte de pessoas idosas e com deficiência em situação de extrema pobreza (SILVA, 2010).

O direito da Assistência Social no Brasil teve alguns ensaios como política pública, sem sucesso até a retomada dessa discussão em 1993. Nesse ano, foi constituída a Lei Orgânica de Assistência Social em conjunto com o Conselho Federal de Assistentes Sociais. Apenas em 1995 foi possível conseguir um orçamento mínimo para a assistência social no país, regulamentando o benefício de prestação continuada para idosos e para as pessoas com deficiência (FALEIROS, 2005). A LOAS é o instrumento legal que regulamenta os pressupostos constitucionais que definem e garantem os direitos à assistência social. Refere-se aos artigos 203 e 204 da CF e institui benefícios, serviços, programas e projetos destinados ao enfrentamento da exclusão social dos segmentos mais vulnerabilizados (BRASIL, 2004).

Desta forma, a Assistência Social como Política Pública passou a dar a proteção social devida pelo Estado a quem dela precisar e também a ultrapassar os níveis de responsabilidade individual, familiar e comunitária (OLIVEIRA, 2017).

Marcada pelo caráter civilizatório presente na consagração de direitos sociais, a LOAS exige que as provisões assistenciais sejam prioritariamente pensadas no âmbito das garantias de cidadania sob vigilância do Estado, cabendo a este a universalização da cobertura e a garantia de direitos e acesso para serviços, programas e projetos sob sua responsabilidade. (BRASIL, 2005;2009).

A Política Nacional da Assistência Social (PNAS) descreve o seu público usuário como cidadãos e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos. Famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; identidades estigmatizadas em termos étnicos, culturais e sexuais; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e/ou no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal, estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social, são as características dos grupos considerados vulneráveis (BRASIL, 2009).

A assistência social atualmente é um dever do Estado e um direito do cidadão. É política pública e faz parte da seguridade social. Dessa forma, o Estado deve proteger para promover; em outras palavras, deve ofertar o mínimo básico para que o indivíduo inicie um processo de promoção humana, de crescimento e de valorização como pessoa (BRASIL, 2009).

A PNAS ainda acrescenta como nova diretriz a centralidade na família, sendo um de seus eixos estruturantes a matricialidade sociofamiliar. Busca-se essa centralidade com vistas à superação da focalização por segmentos: crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência, etc.; porém, isso pode recriar traços conservadores e tradicionais relacionadas à moralização e a desresponsabilização do Estado. Assim, o atendimento à família, ao invés de concretizar o objetivo de superar a focalização, pode se configurar numa forma de controle. (GUIMARÃES, 2007)

Embora a PNAS tenha trazido inúmeros avanços sociais que necessita ganhar mais espaços para discussões fundamentadas sobre o tema frente à nova visão de direito e não assistencialismo, ela ainda enfrenta enormes desafios, dentre os quais destacamos o preconceito e o estigma da visão atual de culpabilização do sujeito promovida pelo modelo neoliberal.

5.3.2.2 Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

O SUAS é um novo sistema que organiza os serviços, programas e benefícios nacionalmente. Ele foi a principal deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social em 2003, surgiu após décadas de debates e colocou em prática os preceitos da CF, que integra a assistência à Seguridade Social, juntamente com Saúde e Previdência Social. Traz importantes diretrizes definidas, como: o pensamento coletivo; uma nova lógica de organização das ações, onde deve haver a definição de competências dos entes federados, por tipo de

proteção a família e ao indivíduo; que tais proteções tivessem níveis de complexidade, com um olhar mais específico para o território, considerando regiões e portes dos municípios; forma de operacionalização da LOAS, que viabiliza o sistema descentralizado e participativo e a regulação, em todo o território nacional (SILVA,2010).

É um sistema unificado e hierarquizado, porém particularizado de assistência social. Também é organizado em níveis de complexidade de atendimento por meio de programas, projetos, serviços e benefícios e vem sendo definido, construído, organizado em processo contínuo de categorização, conceituação e especificação (BRASIL, 2004). Seu modelo de gestão é descentralizado e participativo. O SUAS regula e organiza as ações socioassistenciais em todo o Brasil. O foco prioritário é a atenção às famílias, seus membros e indivíduos; pressupõe a gestão compartilhada e cofinanciada pelas três esferas de governo, com definições objetivas das competências de cada uma, também conta com a participação e a mobilização da sociedade civil, que têm papel efetivo na sua implantação e implementação (BRASIL, 2009).

Portanto, o SUAS é um sistema articulador e provedor de ações em diferentes níveis de complexidade, sendo elas: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. Opera numa estrutura de política pública de Estado que prevê uma organização participativa e descentralizada da assistência social, com ações voltadas para o fortalecimento da família. O sistema altera fundamentalmente operações como o repasse de recursos federais para estados, municípios e Distrito Federal, a prestação de contas e a maneira como serviços e municípios estão hoje organizados (SILVA,2010).

A maioria das pessoas idosas em situação de rua entrevistadas utilizavam os equipamentos de acolhimento de alta complexidade da Política de Assistência Social do SUAS. Notam-se diferenças na qualidade de vida dessas pessoas, pois aquelas acolhidas nos equipamentos que suprem mais necessidades humanas básicas estão mais bem assistidas, como pode ser visto nos relatos abaixo:

Se eu estivesse em situação de rua, minha qualidade de vida seria horrível, intranquila, uma droga e temerária. Aqui estou bem melhor, tenho médico e também comida. (Homem, 61 anos, Casa Lar do idoso, entrevista realizada no dia 25 de abril de 2016).

Agora tenho saúde, alimentação e um lugar para morar, é uma qualidade de vida boa. Tenho um salário também, um benefício [...] e aqui, não paga nada, tem casa, comida, refeição[...] se eu estivesse na rua, a minha qualidade de vida seria péssima, passando fome e frio. Aqui eu recebo refeição, cama para dormir, roupa lavada e remédio. (Homem, 70 anos, Casa Lar do idoso, entrevista realizada no dia 25 de abril de 2016).

As pessoas idosas em situação de rua acolhidas na Casa Lar apresentam relatos positivos de qualidade de vida, agora que são usuárias desse equipamento e têm suas necessidades

humanas básicas supridas. Porém, a Casa Lar do idoso determina o tempo de permanência de acordo com o Plano de acompanhamento. A equipe deverá investir na vinculação familiar e/ou comunitária; quando esgotadas essas possibilidades, deve-se avaliar o encaminhamento do idoso para uma instituição de longa permanência, logo, a Casa Lar não é um local de moradia definitivo.

Por outro lado, os demais equipamentos de acolhida não oferecem atendimento integral com suprimento de todas as necessidades humanas básicas. Um exemplo disso são os albergues, que oferecem uma refeição e um pernoite (local coberto para dormir com equipamentos básicos como cama, travesseiro e cobertor); as pessoas idosas em situação de rua precisam sair do local durante o dia, sem ter para onde ir e também sem garantias de pouso para a próxima noite.

A narrativa abaixo demonstra que embora esse equipamento de acolhimento seja uma importante alternativa de pernoite para os usuários, ele não provê o suprimento integral de suas necessidades básicas, interferindo assim na qualidade de vida dessas pessoas.

Não tenho qualidade de vida porque estou na rua doente. Teria se eu tivesse uma casinha. (Mulher, 80 anos, albergue, entrevista realizada no dia 7 de maio de 2016).

Na descrição, essa senhora idosa declara não ter qualidade de vida devido a estar em situação de rua e doente. Fato que demonstra que, embora desfrute do serviço do albergue, este não contempla todas as suas necessidades. Por outro lado, é possível perceber que algumas dessas pessoas idosas, a partir do momento que passam a frequentar os albergues, deixam de se considerar em situação de rua, diferentemente desse caso.

Outro ponto importante a ser abordado é que, mesmo usufruindo dos equipamentos e que eles auxiliem na qualidade de vida destes sujeitos, ainda assim existem inúmeros desafios a serem supridos, dentre eles, as relações dos usuários com as inúmeras regras dos equipamentos. A fim de clarear esse entendimento, exemplificamos com as seguintes falas:

A gente tem horário para chegar, se não tem que dormir na rua. (Mulher, 61 anos, abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

[..] aqui às dez horas da noite apaga tudo, e a gente tem que dormir, seis e meia da manhã não vou acordar na minha casa pra tomar café, vou acordar a hora que eu quiser, não vou jantar às sete e quinze da noite. (Mulher, 61 anos, abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

[...] de primeira a gente não podia nem ir ali comprar uma carteira de cigarro porque daí tinha que ficar na rua. (Mulher, 61 anos, Abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

Esses discursos referem-se aos regramentos dos equipamentos de acolhimento, motivos pelo qual, algumas vezes, eles não são acessados pelos usuários. Por isso, fazem-se importantes as pesquisas e estudos na área, afim de adaptar os serviços oferecidos para a realidade dos usuários. Uma das dificuldades com relação a ter que dormir às 22 horas e acordar às 6 horas é o relógio biológico. Como o albergue não garante vagas para pernoite de todas as pessoas em situação de rua, quando elas passam a noite na rua, não podem dormir por medidas de segurança; dessa forma, seu relógio biológico está acostumado a dormir durante o dia e acordar durante a noite.

O primeiro relato refere-se ao regramento que exige horário para chegar no albergue ou abrigo. Ao pensar sob a ótica da pessoa que está em situação de rua, a contagem do tempo ocorre diferentemente das demais pessoas, pois o tempo dela é calculado até suprir a próxima necessidade, que pode ser de alimentação, de agasalho, de higiene ou de evacuação, dentre tantas outras. Dessa forma, como exigir que siga o tempo cronometrado por relógios, aos quais não tem acesso e que, numa escala de necessidades fundamentais, seria um dos últimos itens a serem acessados?

O último relato demonstra também a noção de espaço e enclausuramento. Na lógica da pessoa em situação de rua, o espaço é a rua, ampla e aberta, diferentemente da lógica de outras pessoas que estão acostumadas com paredes e lugares pequenos; por isso, algumas pessoas nessa situação apresentam fobias em locais pequenos e fechados. Além disso, há restrição de sua liberdade de ir e vir, como no exemplo, “apenas para comprar uma carteira de cigarro”. Assim, para usar o equipamento, precisam abrir mão desse direito de liberdade.

Existem inúmeros regramentos que desafiam os serviços a adequarem-se a partir da ótica da pessoa em situação de rua. Uma reclamação de regramento das unidades acolhedoras comum entre as pessoas é a impossibilidade de guardar seus pertences (tudo que possuem) no albergue ou no abrigo; assim, deixam de acessá-lo para não se desfazer de suas coisas materiais. Outro ponto negativo apresentado como motivador de negação para usufruir de equipamentos de acolhimento é a insegurança. O relato a seguir exemplifica a situação de vulnerabilidade e risco, com violação de direitos por ficarem sujeitos a roubos dentro da própria instituição acolhedora:

Aqui eu não me sinto seguro em nada. Já me roubaram celular, o meu dinheiro está enrolado e eu deitado em cima, e do meu celular. Porque se eu ir no banheiro e quando voltar eu não acho mais, é péssimo. (Homem, 65 anos, abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015)

Garantir a segurança do usuário, diminuir ou adaptar os regramentos das instituições acolhedoras para a cultura e realidade dos usuários é um desafio a ser pensado conjuntamente entre eles, gestores e profissionais. Oferecer um equipamento de acolhimento sem segurança, expondo-os a riscos e violências, não é a melhor opção de condição de vida caso não usufruam de seus direitos fundamentais. Por isso é importante desestigmatizar a ideia de negação do usuário com o equipamento e compreender o que o leva a tomar essa atitude.

Pode-se destacar como ponto positivo em Porto Alegre a criação de um albergue com canis, possibilitando o pernoite da pessoa em situação de rua com seu animal de estimação. Este era um dos mais importantes motivos de negação do uso dos equipamentos: abandonar seu animal de estimação para pernoitar no albergue ou ficar no abrigo, fato que interferia no vínculo de afeto já fragilizado diante de tantas perdas.

Os serviços socioassistenciais no SUAS são organizados segundo a vigilância social, proteção social, defesa social e institucional. Acolhe pessoas com redução da capacidade pessoal, com deficiência ou em abandono; crianças e adultos vítimas de formas de exploração, de violência e de ameaças; vítimas de preconceito por etnia, gênero e orientação sexual; vítimas de apatidão social que lhes impossibilite sua autonomia e integridade, fragilizando sua existência; vigia os padrões de serviços de assistência social, em especial aqueles que operam na forma de albergues, abrigos, residências, semirresidências, moradias provisórias para os diversos segmentos etários. Os indicadores a serem construídos devem mensurar no território as situações de riscos sociais e violação de direitos (BRASIL, 2009).

O SUAS é organizado respeitando os quesitos de matricialidade sociofamiliar; descentralização político-administrativa e territorialização; novas bases para relação entre Estado e sociedade civil; financiamento pelas três esferas de governo, com divisão de responsabilidades; controle social; participação popular/cidadão usuário; política de recursos humanos e informação, monitoramento e avaliação (SILVA, 2010).

O Quadro 7, a seguir, mostra as principais mudanças com o surgimento do SUAS.

Quadro 7 – Comparativo COM e SEM o SUAS

ANTES DO SUAS	COM O SUAS
<ul style="list-style-type: none"> • Direito do Estado; • Insuficiente regulação no campo da Assistência Social e dos serviços, programas e projetos planejados e executados de forma fragmentada, segmentada e focalizada no indivíduo; • Inexistência de uma referência de atendimento para as famílias; • Desarticulação dos serviços com os benefícios socioassistenciais e com políticas setoriais; • Esvaziamento de legitimidade; • Indefinição de atribuições e competências dos três níveis do governo; • Cofinanciamento de programas e serviços decididos no âmbito do governo federal especificamente; • Ausência de processos continuados de capacitação e de política de RH 	<ul style="list-style-type: none"> • Dever do Estado; • Norma Operacional, portarias, resoluções, guias e manuais entre outros instrumentos que estabelecem o marco regulatório inicial do SUAS Ex.: NOB SUAS, NOB RH; • Organização dos serviços continuados e por níveis de proteção social; • A PNAS/2004 estabelece duas referências para o atendimento das famílias e indivíduos; • Nova lógica de financiamento; • Articulação dos serviços e benefícios; • Fortalecimento das instâncias no processo decisório e no reordenamento da rede sócio assistencial; • Normatização pactuada entre gestores; • Respeito e autonomia dos municípios; • Eixo da PNAS/2004 e matéria da NOB RH

Fonte: Mattos (2017).

O SUAS trouxe alguns impactos para o serviço. Dentre eles, podem-se destacar a maior racionalidade e transparência nos gastos, a ampliação da efetividade das ações, a melhoria na avaliação dos resultados da Assistência Social, o respeito ao pacto federativo e a consolidação da política de Assistência Social como Política Pública de Estado (OLIVEIRA, 2017).

5.3.2.3 Políticas Públicas, ações e leis para pessoas idosas

Pretende-se apresentar as leis, ações e políticas públicas voltadas às pessoas idosas. Dentre elas, destacam-se a “Política Nacional de Saúde do Idoso” (PNSI) e o “Estatuto do idoso” como grandes marcos referenciais na área.

Através da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), foi garantido o direito universal e integral à saúde de todos os brasileiros e reconhecido o dever de amparo aos idosos por meio dos artigos 182 e 230 (GRAEFF, 2014), reafirmado através da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei Orgânica da Saúde Nº 8080/90 (BRASIL, 1990a). Com isso, o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, deveria estar garantido e atender às variadas realidades dos indivíduos. A Lei Nº 8142 (BRASIL, 1990b) também reafirma esses preceitos e trata da participação comunitária na gestão do SUS, bem como sobre os recursos financeiros e as Normas Operacionais Básicas (NOB) que orientam a operacionalidade do Sistema (BRASIL, 2006e).

Os relatos abaixo referem-se às condições de vida desses idosos em situação de rua e o (des)amparo das políticas, ações e leis para essas pessoas, vivenciados na prática, bem como o não cumprimento legal das determinações referentes ao idoso em nível nacional.

Estou com medo de ficar cego porque com esse olho não estou enxergando quase nada, estou com medo de perder a vista [...]. Eu estou insatisfeito porque falta remédio, eles não vão buscar, chego a ficar 30 dias sem tomar remédio[...] (homem, 65 anos, abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015)

Um enfermeiro colocou o urinol* com um cordão pendurado no meu pescoço [...] não esvazia o papagaio [...] um amigo meu fez esse funil para eu urinar nesse copinho e despejar aqui para não derramar [...] (homem, 65 anos, abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015).

Eu faço curativo numa ferida que tenho há anos, aqui atrás. Tenho que atravessar a rua e tenho que pagar uma pessoa para empurrar minha cadeira, só para cruzar a rua. Pode colocar que o tratamento do idoso aqui, para mim, é péssimo. Estou muito insatisfeito. (homem, 65 anos, Abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015)

Essas falas retratam as situações de saúde dessas pessoas. Destaca-se aqui o direito ao amparo à saúde da pessoa idosa, conforme a Constituição, que não está sendo assegurado, pois o primeiro relato demonstra a dificuldade de acesso para o tratamento oftalmológico e medicamentoso, quando diz: “medo de perder a vista” e “30 dias sem medicação”. No relato seguinte, aparece o desrespeito com o direito de autonomia. Colocar um “urinol” pendurado no pescoço é negligência e abuso profissional, assim como não o auxiliar no esvaziamento do frasco com urina acumulada, situação para a qual, com criatividade e auxílio de um amigo, o paciente procurou uma solução através de uma invenção adaptativa de frascos, podendo coletar maior quantidade sem transbordar até que possa levá-lo ao banheiro.

Posteriormente, o idoso também comenta sobre a maneira que encontrou para fazer seus curativos. Com sua dificuldade de deslocamento, devido à cadeira de rodas, paga uma pessoa para lhe atravessar a rua afim de chegar na unidade básica de saúde. Reflete-se então sobre as políticas de saúde e de acessibilidade da pessoa com deficiência física que é cadeirante, e mais ainda: como pode uma pessoa em situação de rua, sem condições financeiras para ter abrigo e alimento, precisar trabalhar (bicos) para pagar seu transporte até o posto de saúde?!Essa pessoa é usuária do serviço de acolhimento do SUAS, bem como usuária do SUS. Esses relatos deixam clara a falta de relações intersetoriais entre os serviços de saúde e de assistência social, fato indispensável para o desenvolvimento social e efetividade das políticas públicas na prática diária.

Embora o SUS ofereça teoricamente um serviço universal, para todos os sujeitos, ele fica restrito à acessibilidade de cada um. No caso dessa pessoa idosa em situação de rua que está no abrigo, suas demandas de saúde são cada vez mais agravadas pela falta de acessibilidade

e orientação, além da invisibilidade, do preconceito, do estigma e da negligência dos profissionais com ele.

Esperava-se que, com a Política Nacional do Idoso (PNI), promulgada em 1994 através da Lei Nº 8842 (BRASIL, 1994) e regulamentada em 1996, esse quadro de discriminação e negligência fosse mudar. A lei estipula o limite de 60 anos ou mais de idade para uma pessoa ser considerada idosa e assegura seus direitos, estimulando-a para participação social, autonomia e exercício da cidadania (RODRIGUES et al., 2007), reforçando os preceitos das Leis Nº 8080 (BRASIL, 1990a) e Nº 8142 (BRASIL, 1990b), especificamente para o idoso, objetivo não contemplado no caso relatado.

Em 1994, foi criado o Conselho Nacional do Idoso. Ele propõe o atendimento às especificidades deste grupo e ações que promovam o envelhecimento saudável, a manutenção ou reabilitação da capacidade funcional; provem assistência às necessidades de saúde; apoia o desenvolvimento de cuidados informais e capacitação de recursos humanos especializados, além de estudos e pesquisas na área (MENEZES, VEIGA, 2008). Parece um avanço na saúde do idoso, ao promover o “envelhecimento saudável” pautado num estilo de vida saudável com acessibilidade às políticas públicas; porém, é contraditório ao remeter às pessoas idosas em situação de rua, que não têm sequer o básico para sua sobrevivência.

A Política de Saúde do Idoso foi anunciada em 1999 pela Portaria Ministerial Nº 1395 e determina que órgãos e entidades do Ministério da Saúde promovam a elaboração ou readequação de planos e projetos de acordo com as novas diretrizes estabelecidas (BRASIL, 1999c). A Política visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente (RODRIGUES et al, 2007)

A saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física e a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social, e não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis (RAMOS, 2002).

Meu companheiro tá com Alzheimer, é uma doença ruim. Ele esquece das coisas, não é porque ele tá doente agora, que eu vou abandonar ele. Eu tenho pressão alta e problema cardíaco, aí tomo remédio certinho, não como sal e coisa salgada, daí ela controla[...] (mulher, 65 anos, albergue, entrevista realizada no dia 8 de outubro de 2015).

O médico falou: ‘mas que interessante, tu não tens nada de doença sexualmente transmissível’. Não tenho. Eu perdi um amigo ano passado, com Aids, na minha idade, ele pegou um companheiro, não fez exame, não fez nada, não usava camisinha,

morreu de Aids. (Mulher, 65 anos, albergue, entrevista realizada no dia 8 de outubro de 2015)

Eu tenho um problema sério de cabeça, depressão e também tontura que me descoordena [...] caio no meio da rua, de cabeça, é cruel. Já tentei tratamento. Não sei se é nervo, ou é pressão [...]. Baixei hospital com pontada dupla e saí com esse problema. (Homem, 60 anos, Albergue, entrevista realizada no dia 22 de outubro de 2015).

Nunca mais me curei, faz dois anos. Até agora não fizeram nada por mim, já tive seis vezes naquele posto de saúde, não vou mais, cansei de ir em médico e não resolver. (Homem, 60 anos, Albergue, entrevista realizada no dia 22 de outubro de 2015).

O primeiro relato fala sobre a interação física e social. Social pela relação de apoio que possui com o companheiro, que agora acometido de Alzheimer apresenta ainda maiores dificuldades para sobrevivência em situação de rua, e física pela hipertensão e cardiopatia descrita por ela. Parece ter acesso ao tratamento e à medicação, bem como educação em saúde quando fala do controle alimentar com relação ao sal.

A fala seguinte demonstra o preconceito pela surpresa do médico ao não encontrar doenças sexualmente transmissíveis numa mulher moradora de rua. Também mostra a proximidade dela com tais doenças, ao relatar sobre o amigo que teve AIDS, bem como educação em saúde quando mostra ser consciente quanto ao uso de camisinha, exame e tratamento para a doença.

O grande impasse do preconceito envolve as categorias centrais do comportamento humano que a sociedade ainda não soube debater. Mesmo no século XXI, a sexualidade é entendida como um tabu ou como um pecado. Em se tratando das representações de DST/AIDS, portador de HIV e homossexual (ou de outra categoria que faz parte da minoria excluída socialmente, como, por exemplo, o pobre), a exclusão ocorre mais de uma vez: primeiro por ser homossexual (ou pobre) e segundo por sua condição de soropositivo. Porém, para outros sujeitos que não se encontram à margem social, a conotação dada à situação é diferente; pode ser de piedade ou de vitimização, de forma que a sexualidade possui papel representativo na elaboração de doenças sexuais. Também existe o preconceito na classe médica, onde muitos profissionais tendem a associar doenças a grupos vulneráveis. Pode parecer fácil apresentar um discurso que defende a valorização da capacidade humana, mas, quando se está diante de pessoas rotuladas com preconceitos, esquecidas e marginalizadas, sofrendo a exclusão social, o valor da vida cria limites (KERN; SILVA, 2009).

Na sequência foram descritos problemas psicológicos e a negligência na saúde ao atendimento ao idoso. A saúde mental afetada, a dependência financeira do equipamento do SUAS para dormir e se alimentar (albergue), a ausência de suporte social, quando conta que

“cai na rua”, e a diminuição da capacidade funcional em função das “tonturas e quedas” exemplificam o quanto as interações de saúde da pessoa idosa estão desequilibradas e desassistidas.

Com o intuito de empoderar esse segmento populacional, em 2003, o Congresso Nacional aprova e o Presidente da República sanciona o Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação de entidades de defesa dos interesses dos idosos (BRASIL, 2003). O Estatuto foi criado através da Lei Nº 10741, de 1º de outubro de 2003, e é constituído de 118 artigos que versam sobre os direitos mais elementares – já garantidos a qualquer cidadão, e nem sempre efetivados (como nos relatos já mencionados), na Constituição Federal (BRASIL, 1988) – e os direitos mais específicos (SANTOS, 2013).

Este Estatuto é um instrumento de conquista de direitos dos idosos, porém se revela impotente frente a idosos e famílias frágeis e em situação de grande vulnerabilidade social, como aqueles em situação de rua. O Estatuto amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa, mas não traz consigo meios para financiar as ações propostas. Assim, embora a legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa seja bastante avançada, a prática ainda é insatisfatória (BRASIL, 2006d).

Existe uma parcela dessa população que é ainda mais vulnerável: aquela que não goza de privilégios sociais ou econômicos e enfrenta inúmeros preconceitos. Desse modo, ainda há discursos negativos sobre o idoso, que o tratam como lento e improdutivo, na contramão de uma sociedade que preconiza a qualidade total¹³, o melhor empenho, o maior lucro, o menor tempo. Na cultura capitalista, o idoso com limitações é visto como um “entrave” nessa relação de poder; sua experiência não é valorizada, e por vezes sofre constrangimento ao usufruir de seus direitos adquiridos (SANTOS, 2013).

Eu acho errado do ônibus que na parte do idoso, sempre tem uma mulher bem nova sentada e os idosos em pé. Isso é uma falta de respeito, no tempo dos meus pais não via isso, agora tá lá os deitados dormindo[...] o meu companheiro, que tem dificuldade pra caminhar, que quase não enxerga, ele vem em pé às vezes, e eles tudo sentado. (mulher, 65 anos, albergue, entrevista realizada no dia 8 de outubro de 2015).

[...] ele chega me chamando de desgraçado, velho aleijado, porco... e eu não posso levantar e sair [...] (homem, 65 anos, abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015).

¹³ Qualidade total é um termo utilizado no capitalismo e no consumismo: eles ditam às indústrias como manter-se neste mercado incansável, que oferece produtos diariamente aos consumidores numa quantidade inacreditável, e para que se consuma cada vez mais, não é a estratégia da má qualidade que lidera (a concorrência estimula a “qualidade total” e o “defeito zero”), mas a da novidade; renovam-se rapidamente os modelos e fazem os clientes sentirem-se desatualizados, fora de moda, e do *low cost* (não é vergonha procurar ofertas e descontos) (LIPOVETSKY, 2007).

As pessoas idosas em situação de rua são uma das parcelas mais vulneráveis, sem qualquer privilégio e que enfrentam preconceitos diariamente. Nos relatos acima, fica claro o desrespeito dos jovens com o idoso, que, embora respaldado por lei para ter acesso preferencial para sentar no ônibus, não vê isso acontecendo na prática, fundamentada na lógica capitalista de produtividade, que considera o idoso improdutivo e não o respeita, expondo-o a acidentes em pé no ônibus, como mencionado, “sem enxergar e com dificuldade de caminhar”. O discurso seguinte também exemplifica a desvalorização do idoso e do deficiente físico em nossa sociedade. Novamente pelo mesmo princípio capitalista de produtividade e improdutividade, o tratamento dispensado ao sujeito é através de agressão verbal dentro de uma instituição de acolhimento do SUAS, que deveria proteger esse idoso e auxiliá-lo para independência e autonomia.

O tema central do Estatuto do Idoso é justamente o amparo, a assistência e a proteção. As famílias, as instituições, o governo e o cidadão comum têm o dever de proteger, cuidar e apoiar o idoso (MARTINS; MASSAROLO, 2007). Por outro lado, uma vez que o Estatuto ainda é incapaz de promover tal objetivo, ao menos deveria dar prioridade para as pessoas idosas em situação de rua, que é uma das parcelas mais vulneráveis da população, como visto nos relatos.

Em 2006, a Portaria Nº 2.528 (BRASIL, 2006d) aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), atualizando a Política de Saúde do Idoso referente à Portaria 395/99 (BRASIL, 2006d). A finalidade primordial foi recuperar, manter e promover a autonomia e a independência desses indivíduos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Enfim, as ações e políticas públicas brasileiras voltadas para as pessoas idosas são excelentes teoricamente; no entanto, ainda estão em fase de amadurecimento para serem colocadas efetivamente na prática cotidiana deles. Ao referirmos idosos vulneráveis ou em situação de rua, fica ainda mais evidente o descumprimento das leis, na medida em que esses sujeitos não têm seus direitos garantidos pelo Estado ou sociedade civil; pelo contrário, ainda são vítimas de preconceito e assistencialismos.

Para facilitar a compreensão, o quadro a seguir (Quadro 8) mostra as Políticas Públicas, ações e leis voltadas para os idosos através de uma linha do tempo, demonstrada em anos.

Quadro 8 – Linha do tempo de publicações, políticas e ações voltadas às pessoas idosas

Ano	Ação
1988	Constituição Federativa do Brasil (BRASIL, 1988)
1990	Criação do SUS (BRASIL, 1990a) Lei Orgânica Nº 8080 (BRASIL, 1990a) Lei Nº 8142 (BRASIL, 1990b)
1994	Lei Nº 8842. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências (BRASIL, 1994).
1996	Regulamentada a Política Nacional do Idoso pelo Decreto 1948 (BRASIL, 1996)
1999	Aprova a Política de Saúde do Idoso (PSI) pela Portaria Ministerial Nº 1395 (BRASIL, 1999)
2002	Portaria Nº 702/SAS/MS. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso (BRASIL, 2002a) Cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso através da Portaria Nº 249/SAS/MS (Brasil, 2002b)
2003	
2006	Estatuto do idoso (BRASIL, 2003) Portaria Nº 2.528. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (atualiza portaria 1395 de 1999) (BRASIL, 2006d)
2011	Portaria Nº 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. (BRASIL, 2006e) Lei Nº 12418. Altera o inciso I do caput do art. 38 da Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, para reservar aos idosos pelo menos 3% (três por cento) das unidades residenciais em programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos. (BRASIL, 2011)

Fonte: Mattos (2017).

Constitui mais uma etapa de regulamentação da Política Nacional do Idoso, a Lei Nº 8842, de 04 de janeiro 1994, bem como uma nova abordagem de procedimentos e mudanças de paradigmas no que se refere à definição de Normas e Padrões de Funcionamento para Serviços e Programas de Atenção à Pessoa Idosa a ser consolidado no âmbito dos Estados e Municípios, respeitando os indicadores socioeconômicos, as demandas, as peculiaridades socioculturais de cada realidade Brasil (2001).

A Portaria Nº 2.874 (BRASIL, 2000b), determina as modalidades de atendimento a essas pessoas e forma as condições de funcionamento das instituições e dos programas de atenção ao idoso. Apresenta oito modalidades de assistência, sendo elas casa lar, república, centro de convivência, centro dia, assistência domiciliar, atendimento integral institucional, residência temporária e família natural. Cada uma das modalidades segue diretrizes de acordo com seus objetivos, conforme apresentado no Quadro 9:

Quadro 9 – Modalidades de serviço de atendimento ao idoso no Brasil

Modalidade de serviço	Descrição
Centros e grupos de convivência ¹⁴	É um espaço de conquista e efetivação dos direitos da pessoa idosa, da promoção da convivência e ampliação da circulação social. São realizadas oficinas culturais, recreativas, sociais e de reflexão temática, além de atividades intergeracionais que estimulam as potencialidades dos idosos. A metodologia de trabalho realizada nos grupos facilita o acesso a bens e serviços, estimula a participação em fóruns de decisão na cidade e promove a valorização do idoso na família e na sociedade.
Centros dia ¹⁵	Oferecem atenção integral às pessoas idosas que, por suas carências familiares e funcionais, não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários. Proporcionam atendimento das necessidades básicas, mantêm o idoso com a família, reforçam o aspecto de segurança, autonomia, bem-estar e a própria socialização do idoso. Caracterizam-se por serem um espaço para atender idosos que possuem limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), que convivem com suas famílias, porém, não dispõem de atendimento de tempo integral, no domicílio. Podem funcionar em espaço especificamente construído para esse fim, em espaço adaptado ou como um programa de um Centro de Convivência, desde que disponha de pessoal qualificado para o atendimento adequado. Serão proporcionados: • atendimento a necessidades pessoais básicas; • atividades terapêuticas; • atividades socioculturais.
República ¹⁶	São alternativas de residência para os idosos independentes,
Casas lares ¹⁷	São residências participativas destinada a idosos que estão sós ou afastados do convívio familiar e com renda insuficiente para sua sobrevivência.
Assistência domiciliar ¹⁸	É prestada à pessoa idosa com algum nível de dependência
Atendimento Integral Institucional ¹⁹	São as Instituições de Longa Permanência (ILP) ou estabelecimentos com denominações diversas (asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica), equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais, em regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado.
Residência temporária ²⁰	É um serviço em regime de internação temporária, público ou privado, de atendimento ao idoso dependente que requeira cuidados biopsicossociais sistematizados, no período máximo de 60 dias.
Família natural ²¹	É o atendimento prestado ao idoso independente, pela sua própria família; oferece suplementação financeira à família.

Fonte: Mattos (2017).

Cada uma das modalidades de atendimento oferecidas aos idosos tem objetivos diferenciados. Cabe salientar que as necessidades humanas básicas e a vulnerabilidade deles em situação de rua influenciam diretamente em sua qualidade de vida, portanto, a modalidade

¹⁴ Ofertado nos 22 CRAS de POA

¹⁵ Ofertado 1 na Zona Sul e outro na Zona Norte de POA.

¹⁶ Tem 2 unidades em POA, não é específica só para idosos.

¹⁷ Tem 2 unidades em POA, localizadas no mesmo espaço físico (24 vagas).

¹⁸ Tem 1, o Programa de Atenção Domiciliar da equipe do Grupo Hospital Conceição, não é específico só para idosos.

¹⁹ Oferta algumas vagas nas ILPs de POA, conveniadas com a FASC.

²⁰ Oferta algumas vagas em dois abrigos em POA, conveniadas à FASC.

²¹ Oferece suplementação financeira para a família.

de assistência que supre maior parte dessas necessidades é aquela que irá refletir em maior qualidade de vida desta pessoa, e aquele que está na rua, sem vínculo a nenhum equipamento, é o que está ainda mais vulnerável.

Os relatos a seguir demonstram o quanto a modalidade de atendimento do idoso está relacionada à qualidade de vida do sujeito:

Na rua, eu estou desde que eu nasci, estou sempre na rua. Eu sou meio gênio, eu vivo dentro da garrafa, eu gosto de uma canha[...]. Não consigo morar dentro de casa, sou povo da rua, dentro de casa me sinto mal, me sinto apertado. Aqui eu me sinto bem. (homem, 60 anos, rua, entrevista realizada no dia 7 de maio de 2016).

Eu tenho apoio fácil no CAPS [...] Qualidade de vida seria se eu tivesse um familiar que me cuidasse [...]. Hoje, minha qualidade de vida é ninguém comer a minha bunda nesses 35 anos que eu estou aqui. (homem, 62 anos, rua, entrevista realizada no dia 7 de maio de 2016).

Não é bom ficar na rua, eu queria morar numa pecinha com banheiro, uma cama pra dormir[...] No albergue nada a ver, roubam as coisas da gente. (homem, 60 anos, rua, entrevista realizada no dia 6 de julho de 2015).

Aqui são expostas algumas narrativas das pessoas em situação de rua, que ficam literalmente o tempo todo na rua sem frequentar os equipamentos de acolhimento do SUAS. O primeiro discurso é de uma pessoa que nasceu na rua e se adaptou a essa realidade, de forma que tem dificuldade para viver noutro lugar, como uma casa ou algum equipamento de acolhimento. Por outro lado, não se pode pensar que ele esteja realmente bem nesta condição, pois ele mesmo disse que se mantém alcoolizado grande parte do dia, o que não significa uma boa condição de vida; pelo contrário, com o passar dos anos, traz consequências físicas e psicológicas. O relato seguinte é de uma pessoa que vive há 35 anos na rua. Embora receba apoio no Centro de Atenção Psicossocial²² (CAPS), que pertence à Secretaria de Saúde, ainda assim fala da necessidade de ter um familiar que pudesse cuidá-lo e, mais ainda, remete como qualidade de vida o fato de não ter sofrido abuso sexual até o momento, tamanha a enorme vulnerabilidade à violência que é estar nas ruas. O próximo discurso refere que qualidade de vida seria se tivesse um local para morar. As inúmeras fragilidades e dificuldades de estar em situação de rua, ainda mais quando idoso, comprometem a qualidade de vida da pessoa, que por vezes não acessa os equipamentos de acolhimento do SUAS por ter vivenciado experiências

²² Os CAPS possuem caráter aberto e comunitário, dotados de equipes multiprofissionais e transdisciplinares, realizando atendimento a usuários com transtornos mentais graves e persistentes, a pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral sem excluir aqueles decorrentes do uso de crack álcool ou outras drogas (BRASIL, 2014c).

difíceis no local, como neste caso, em que reclama que no albergue roubam o pouco que ele tem.

Como pode ser visto, os relatos dessas pessoas que vivem sem acessar nenhum equipamento de acolhimento refletem péssimas condições de vida. Isto é perceptível em suas falas, como no primeiro e no segundo caso, relacionados ao etilismo, provavelmente como estratégia de sobrevivência na rua. Também se destacam a violência sexual vivenciada nas ruas e o desejo de ter seu espaço e uma pessoa cuidadora que possa dar apoio, refletindo inúmeras fragilidades por necessidades humanas básicas não suprimidas.

5.3.2.4 Políticas Públicas, ações e leis para pessoas em situação de rua.

Este item pretende discutir sobre as Políticas Públicas e ações voltadas para as pessoas em situação de rua. Traz um breve relato das principais conquistas e desafios desta população e sintetiza através do quadro da linha do tempo (Quadro 11) algumas das ações realizadas.

O Movimento Nacional da População de Rua teve inúmeras conquistas. Dentre elas, podem-se destacar a primeira Pesquisa Nacional da População de Rua em 2008, a conquista de um assento no Conselho Nacional da Assistência Social em 2014 e no Conselho Nacional de Saúde em 2013, e a implantação de seis Comitês Estaduais e Municipais da População em Situação de Rua (dois em Curitiba, um na Bahia, um em Goiânia, um em Goiás e um em São Paulo) (BRASIL, 2014).

Em nível nacional, outra grande conquista voltada a esse segmento da população foi a Lei Nº 11.258, de 2005. Esta lei altera a Lei Nº 8742, de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua, ou seja, até 2005 não havia uma lei específica de amparo para essa população extremamente vulnerável (BRASIL, 2005a).

Em 2007, foi realizado o 1º censo com a população em situação de rua de Porto Alegre, promovido pela FASC conjuntamente com a UFRGS, sob título de “Perfil e Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre (FASC, 2008)”. Considerando a falta de pesquisas cadastrais e das características socioculturais e representações das pessoas adultas em situação de rua, a pesquisa previu, além do cadastramento de todas as pessoas envolvidas, o estudo de suas relações familiares, de trabalho e geração de renda, relação com instituições, percepções sobre cidadania, saúde, identidade, sonhos e projetos dessa população.

No ano seguinte, 2008, aconteceu a Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua (BRASIL, 2008b). Publicada na obra “Aprendendo a contar”, fala do trabalho integrado

do MDS, SNAS e SAGI, para atender à demanda dos movimentos sociais que representam essas pessoas que estavam em busca de visibilidade e maior atenção do poder público, através da produção da informação para subsidiar a formulação de políticas públicas para o setor.

Na pesquisa nacional, foram identificadas 31.922 pessoas adultas em situação de rua nas cidades pesquisadas. Esse levantamento ocorreu em 71 cidades brasileiras, sendo 48 municípios com mais de 300 mil habitantes e 23 capitais. As capitais São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre não participaram dessa pesquisa porque já haviam feito ou estavam fazendo levantamento semelhante. A população em situação de rua representou 0,061% da população dessas cidades; elas relataram viver nas calçadas, praças, rodovias, parques, viadutos, postos de gasolina, praias, barcos, túneis, depósitos e prédios abandonados, becos, lixões, ferros-velhos ou pernoitando em instituições (albergues, abrigos, casas de passagem e de apoio e igrejas) (BRASIL, 2008b).

Apenas em 2009, o Decreto 7.053 institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR) e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento (BRASIL, 2009a), e a Portaria Nº 3.305 (BRASIL, 2009b) inclui a população em situação de rua no CADÚNICO. A PNPSR segue os princípios da igualdade, equidade, respeito à dignidade humana, direito à convivência familiar e comunitária, valorização e respeito à vida e à cidadania, atendimento humanizado e universalizado e respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência.

Apesar de ser incluída a população em situação de rua no CADÚNICO em 2009, ainda são incipientes a divulgação do conhecimento desse direito entre as pessoas nessa situação, como pode ser observado nas falas descritas abaixo:

Não sei o que é o Cadúnico. Não tenho nada. Me roubaram tudo os documentos que eu tinha, só tenho o boletim de ocorrência. (homem, 60 anos, albergue, entrevista realizada no dia 22 de outubro de 2015).

O que é Cadúnico? Documento para conseguir benefício? Diz que estão fazendo para mim. (homem, 64 anos, abrigo, entrevista realizada no dia 30 de outubro de 2015)

Não sei o que é esse Cadúnico. Não tenho, mas eu tenho o cartão do Bolsa Família que eu recebo faz um ano. (mulher, 61 anos, abrigo, entrevista realizada no dia 9 de setembro de 2015).

O que é o Cadúnico? Acho que eu tenho o Cadúnico, mas não tá adiantando nada, quer dizer, não sei se eu entendi direito esse negócio da Bolsa Família. Tenho cadastro, tenho tudo, mas não adianta nada. Não tenho nenhum benefício, só a inscrição. (homem, 60 anos, abrigo, entrevista realizada no dia 9 de setembro de 2015).

O primeiro relato demonstra a fragilidade dos idosos em situação de rua, acometidos por roubos, que ficam sem nenhum documento. Além de a pessoa idosa em situação de rua não ter acesso à informação e ao conhecimento das políticas públicas para as pessoas em suas condições, como o CadÚnico para acessar os benefícios sociais, ainda é vítima de violência. A fala seguinte trata do desconhecimento e também da falta de acessibilidade aos seus direitos fundamentais. Além de a pessoa não saber o que é o CADÚNICO, está aguardando um profissional encaminhar o seu direito; no entanto, parece não compreender do que se trata, tampouco do que precisa e do tempo que leva para conseguir encaminhar. A seguir, a pessoa relata não ter e não saber o que é o CADÚNICO; no entanto, tem o Bolsa Família, uma contradição e falta de instrução, já que o Bolsa é encaminhado através do CADÚNICO. Isso reafirma as afirmações acima: as pessoas em situação de rua estão vulneráveis e dependentes de profissionais que encaminhem seus direitos; no entanto, não estão cientes e nem apropriadas de seus direitos, que ainda parecem não ser tratados como tal. O último discurso reafirma a falta de instrução e acessibilidade a essas informações referentes ao CADÚNICO e aos benefícios e direitos. Quando a pessoa questiona sobre o que é o CADÚNICO e que não adianta nada, revela que não compreende sua relação com o Bolsa Família e que aspira a conseguir algo que não usufruiu até o momento, embora tenha encaminhado.

Embora a inclusão das pessoas em situação de rua tenha acontecido em 2009 no CADÚNICO, na prática, ainda agora em 2017, as ações são primitivas com relação à divulgação e à acessibilidade aos benefícios e aos direitos que lhes competem. Dessa forma, destaca-se a necessidade de melhorar a acessibilidade de tais quesitos para essa população, bem como divulgar as informações de forma compreensível.

Ainda em 2009, foi aprovada a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, através da Resolução CNAS Nº 109 (BRASIL, 2009c). A partir de então, os serviços socioassistenciais foram organizados por níveis de complexidade do SUAS: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade, de acordo com o Quadro 10:

Quadro 10– Tipificação dos serviços Socioassistenciais.

I - Serviços de Proteção Social Básica:	II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:	III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:
a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.	a) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); b) Serviço Especializado em Abordagem Social; c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC); d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua	a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: - Abrigo institucional; - Casa Lar; - Casa de Passagem; - Residência Inclusiva. b) Serviço de Acolhimento em República; c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora; d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Fonte: Mattos (2017).

Como pode-se observar no Quadro 10, na tipificação dos serviços SUAS, há um serviço específico para pessoas em situação de rua na média complexidade e outros serviços que podem atendê-las na alta e baixa complexidade. O Serviço de convivência e fortalecimento de vínculo, na baixa complexidade, pode ampará-las também, e os serviços de acolhimento, na atenção de alta complexidade, acolhe parte dessa população como abrigo institucional.

Entre as pessoas pesquisadas, a maioria é usuária dos serviços de acolhimento referentes à alta complexidade, até porque a vinculação com a FASC era um dos critérios de inclusão. Porém, de forma contraditória, observamos que, embora estejam vinculadas à FASC e acessando os serviços de acolhimento e também estejam cadastradas através do censo e com vinculação para o atendimento social, elas ainda desconhecem, na sua maioria, os benefícios e direitos que podem acessar.

Em 2010, foram instituídos os Consultórios na Rua pelo SUS, por meio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2010b). O consultório na rua é constituído de equipes que realizam busca ativa e qualificada de população em situação de rua, conta no mínimo com quatro profissionais de atividades itinerantes e que podem utilizar o espaço físico das Unidades Básicas de Saúde (UBS), desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas

unidades. Além do consultório na rua, também são portas de entrada da população em situação de rua no SUS as UBS, CAPS, pronto atendimento, hospitais e SAMU.

Enfim, embora os consultórios de rua tenham sido implementados em 2010 e o acesso à saúde para essa população se dê nos vários níveis, desde alta complexidade, através de hospitais, atendimento básico, através dos postos de saúde e média complexidade, através dos CAPS, ainda se observa nos relatos certo preconceito e dificuldade de acessar esses serviços, bem como de efetivar o tratamento necessário frente às condições de vida que possuem estando nas ruas.

Os próximos relatos revelam a situação com relação ao cartão SUS das pessoas idosas em situação de rua participantes da pesquisa:

Eu tenho o cartão SUS. (homem, 60 anos, abrigo, entrevista realizada no dia 9 de setembro de 2015).

Me roubaram todos os documentos, inclusive o cartão SUS. (homem, 73 anos, albergue, entrevista realizada no dia 28 de outubro de 2015).

Não tenho cartão SUS. (homem, 84 anos, abrigo, entrevista realizada no dia 30 de outubro de 2015).

Perdi o cartão SUS, e todos os meus documentos, mas eles vão tirar de novo os documentos, aqui para mim. (homem, 64 anos, abrigo, entrevista realizada no dia 30 de outubro de 2015).

A maioria das falas revelam que as pessoas idosas em situação de rua possuem o cartão SUS. Outros discursos revelam que já tiveram, porém não possuem no momento devido a perdas ou roubos, e alguns estão reencaminhando novamente esse documento, de maneira que parecem mais instruídos com relação ao cartão SUS do que com o CADÚNICO. Foi apenas em 2011, através da Portaria nº 940, que regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), que se passou a dispensar a exigência de apresentar um endereço de domicílio permanente para ciganos, nômades e moradores de rua para aquisição do Cartão SUS (BRASIL, 2011b).

Ainda em 2011, por meio da Política Nacional de Atenção Básica, é instituído o Consultório na Rua (BRASIL, 2011d). A Portaria 123 (BRASIL, 2012a) define os critérios de cálculo do número máximo de equipes desses Consultórios (eCR) por município, e a Portaria 122 define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes dos consultórios na rua (BRASIL, 2011a). As atividades das eCR incluíram busca ativa e cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas, bem como o desempenho de atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde

(UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os serviços de Urgência e Emergência.

O relato a seguir é sobre o consultório de rua:

Eu tenho um bom atendimento, agora eu achei uma coisa muito interessante isso aí, lá onde atende as pessoas de rua, eles atendem a gente muito bem. O nosso doutor é muito querido, a nossa doutora dali é gente fina, ela entende a situação que nós passamos. (mulher, 65 anos, albergue, entrevista realizada no dia 8 de outubro de 2015).

O consultório de rua tem um significado muito importante por atender às pessoas em situação de rua com conhecimento específico sobre essa realidade. O preparo profissional e a empatia para exercer a atividade profissional em saúde na rua são fundamentais para a vinculação e efetivação dos tratamentos propostos, como destacado na fala acima, sem preconceitos, compreendendo a situação de cada pessoa. Porém, em Porto Alegre, há apenas um consultório de rua que atende à Zona Norte. Seria interessante que tivessem mais equipes atuando.

Também em 2011, é implementado o Centro POP e são realizados a capacitação de lideranças do Movimento da População de rua e o Plano Operativo para implantação de ações em Saúde para essa população. O Centro POP é um Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (BRASIL, 2011e), as lideranças do movimento população em situação de rua participam e realizam congressos nacionais (BRASIL, 2014a), e o Plano Operativo (BRASIL, 2012b) criado tem como objetivo garantir o acesso aos serviços de saúde, bem como a melhoria do nível de saúde dessa população, a redução de riscos à saúde e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.

Aí a assistente social me perguntou se eu conhecia o Centro POP[...] eu nem sabia o que era isso[...]. Ela me disse que lá tem um Centro de Convivência onde eu podia lavar roupa e ficar o dia inteiro, só que não tem comida, só lanche. [...] Daí eu comecei a ir. Todo mundo lá era muito gentil [...] esses tempos que fui lá, mas o rapaz não deixou eu entrar porque agora eu tô no abrigo. (mulher, 61 anos, abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

O Centro POP é a garantia de um local para realizar as necessidades humanas básicas de higiene, além do estímulo à participação social e melhoria da qualidade de vida. Conforme relatado, é um serviço muito importante para as pessoas em situação de rua, pois, além de acolher com equipe preparada e sem estigmas, ainda fortalece e exercita a autonomia dessas pessoas para as atividades de vida diária e exercício da cidadania. Porém, suas vagas são em menor quantidade do que a demanda.

Devido à grande demanda dessa população fragilizada, as vagas nos equipamentos de acolhimento ainda são insuficientes, necessitando então o estabelecimento de estratégias para tentar garantir o atendimento para o maior número de pessoas possível. Dentre as estratégias, pode-se comentar o impedimento de que a pessoa em situação de vulnerabilidade utilize mais de um equipamento, como no caso do relato acima, em que ela estava no abrigo e desejou participar também do centro POP e foi impedida de entrar. O ideal seria poder acolher a livre demanda, mas as limitações financeiras dos serviços impedem essa alternativa.

Outra importante ação para a população de rua ocorreu em 2016:foi a publicação do “Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS” (FASC, 2016). É um relatório com o resultado quali-quantitativo de um dos estudos do Projeto Estudos Quanti-qualitativos População em Situação de Rua de Porto Alegre, realizado através de contrato entre a FASC e a UFRGS–FAURGS em dezembro de 2015. O relatório é constituído da descrição do processo da pesquisa, seus desdobramentos e seus principais resultados, que teve como objetivo recensear a população em situação de rua, mapeando os locais de utilização, conhecer as especificidades da formação antropológica dessa população, identificar seus dados étnicos, socioeconômicos e culturais, suas estratégias de sobrevivência, de trabalho e geração de renda, suas formas de sociabilidade, suas identidades e representações sociais, suas relações com instituições e suas principais demandas.

Um dos fatores determinantes está relacionado aos sistemas de saúde e ao serviço social, que evoluíram e trouxeram grandes conquista para as pessoas em situação de rua na última década, no entanto, ainda são recentes e necessitam de aprimoramentos. Para facilitar a compreensão das políticas públicas direcionadas a essa população, será apresentado uma linha do tempo, conforme o Quadro 11.

Quadro 11– Linha do tempo de publicações, políticas e ações voltadas à população em situação de rua

Ano	Ação
2000	Guia de procedimentos metodológicos no trabalho com população em situação de rua (BRASIL, 2000a).
2005	
2006	Lei N° 11258/05, que orienta criar programas destinados às pessoas em situação de rua/ SUAS (BRASIL, 2005a) Portaria GM n° 1.059 (BRASIL, 2005b).
2007	Decreto n/n°/06 para elaborar estudos e propostas para inclusão social da PSR/SUAS (BRASIL, 2006a) Portaria MDS n°381/06, assegura recursos do com financiamento federal/ SUAS (BRASIL, 2006b) 2° Censo da População em Situação de Rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte (BRASIL, 2006c)
2008	
2009	Decreto n° 6.135, de 26 de junho de 2007 – Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências (BRASIL, 2007) Perfil e Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre (FASC, 2008) Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua (BRASIL, 2008b)
2010	Decreto N° 7053/09 institui Política Nacional para PSR/SUAS * Inclui no CADUNICO (BRASIL, 2009a) Portaria N° 3.305 (BRASIL, 2009b) Resolução CNAS N° 109. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009c).
2011	Rua: Aprendendo a contar: Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua (BRASIL, 2009d) Portaria MS/GM N° 2.841 (BRASIL, 2010a). Consultórios de Rua do SUS (BRASIL, 2010b). Instrução Operacional Conjunta SENARC/SNAS/MDS n° 07 (BRASIL, 2010c). Guia de Cadastramento de Pessoas em Situação de Rua, 2ª edição (MDS, 2010). Portaria N° 122/11.SUS. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2011a).
2012	Portaria MS/GM N° 940. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Dispensa aos ciganos, nômades e moradores de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS (BRASIL, 2011b). Portaria GM/MDS N° 177. Define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, revoga a Portaria N° 376, de 16 de outubro de 2008, e dá outras providências (BRASIL, 2011c).
2013	Política Nacional de Atenção Básica e instituição do Consultório na Rua (BRASIL, 2011d). Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop (BRASIL, 2011e).
2014	Portaria N° 123/12 SUS. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2012a).
2015	Capacitação de Lideranças do Movimento da População de Rua e realização dos Congressos do
2016	Movimento Nacional da População de Rua. SUS (BRASIL, 2014a). Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2012b) Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua (BRASIL, 2012c). Cadastro da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2012) Resolução N° 2. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (BRASIL, 2013a) Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa: experiências do Distrito Federal, Paris e Londres (BRASIL, 2013b). 114 equipes de Consultório na/de Rua estão em funcionamento/SUS (BRASIL, 2014a). Saúde da população em situação de rua: um direito humano (BRASIL, 2014a). Guia de Atuação Ministerial: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua (BRASIL, 2015). Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua (BRASIL, 2016). Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS (FASC, 2016).

Fonte: Mattos (2017).

Dessa forma, podem ser observadas inúmeras ações municipais, estaduais e nacionais voltadas para a população em situação de rua, nos últimos anos. Apesar de tantas conquistas, ainda há um enorme desafio para essa população quanto ao preconceito, à invisibilidade, à violência, à vulnerabilidade e à impossibilidade de exercício de seus direitos fundamentais e básicos.

5.3.2.4.1 Política Nacional para Pessoas em Situação de Rua (PNPSR)

Como forma de orientar a construção e execução de políticas públicas voltadas para a população em situação de rua, foi criada a Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua. Ela surgiu das reflexões e debates do Grupo de Trabalho Interministerial. Este é integrado por representantes da sociedade civil e por um representante do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Ministério das Cidades, do Ministério da Educação, do Ministério da Cultura, do Ministério da Saúde, do Ministério do Trabalho e Emprego, do Ministério da Justiça, da Secretaria Especial de Direitos Humanos e da Defensoria Pública da União, além da fundamental participação de representantes do Movimento Nacional de População de Rua (MNPR), da Pastoral do Povo da Rua e do Colegiado Nacional dos Gestores Municipais da Assistência Social (CONGEMAS), representando a sociedade civil organizada (BRASIL, 2009a).

Para efeito do Decreto N ° 7053 (BRASIL, 2009a, p. 1), ele conceitua população em situação de rua:

Considera-se população em situação de rua, o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.

Alguns trabalhos apontam as fragilidades das relações intersetoriais entre as políticas e a integração entre os serviços, o que acaba inviabilizando um atendimento satisfatório e a concretização de direitos sociais. Em uma pesquisa no Rio de Janeiro, foi realizada a análise descritiva do funcionamento da rede assistencial e foram detectados entraves no atendimento, que indicam forte distância entre as premissas da PNPSR e o funcionamento da rede dos serviços, acentuada pelas ações coercitivas da Secretaria de Ordem Pública (SERAFINO; LUZ, 2015).

Os relatos abaixo exemplificam as necessidades de avanços na prática, ou seja, no exercício efetivo da Política Nacional para pessoas em situação de rua.

Eu ando chateada, me incomoda o meu benefício. Um ano e cinco meses esperando e nada [...] tô só na mão do juiz [...] tem que esperar, fazer o quê? (mulher, 61 anos, abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

Ontem no INSS, a mulher xingou todos os idosos [...] Ela xingou numa maldade, numa crueldade, parece que estão com raiva das pessoas, parece que eles não gostam de lidar com as pessoas. Eu acho que tá errado isso aí (mulher, 65 anos, albergue, entrevista realizada no dia 8 de outubro de 2015).

Estou insatisfeito com o serviço de saúde, falta remédio, falta atendimento, falta consulta, falta atenção dos profissionais com as doentes... (homem, 65 anos, abrigo, entrevista no dia 30 de outubro de 2015).

Depois me agarraram, um segurança em um braço, o outro segurança no outro (mulher, 80 anos, albergue, entrevista realizada no dia 7 de maio de 2016).

O primeiro relato apresenta a situação de vulnerabilidade de uma pessoa idosa em situação de rua que necessita auxílio financeiro e não está conseguindo aprovar para receber o Benefício de Prestação Continuada²³ (BPC). Dessa forma, a realidade contradiz a teoria, pois, como mencionado na Política Nacional para Inclusão Social da população em situação de rua (BRASIL, 2008), o item de ações propostas pela assistência social tem como meta incluir pessoas em situação de rua no Benefício de Prestação Continuada e no Programa Bolsa Família. O segundo e o terceiro relatos descrevem o preconceito e o estigma vivenciado pelas pessoas idosas em situação de rua ao irem buscar atendimento em saúde, um direito que deveria ser resguardado pelos profissionais que atuam na área, pelo SUS. A Política Nacional para Inclusão Social da população em situação de rua (BRASIL, 2008a), de acordo com o item de ações propostas pela saúde, deveria garantir a atenção integral à saúde das pessoas implicadas e a adequação das ações e serviços existentes, assegurando a equidade e o acesso universal no âmbito do Sistema Único de Saúde, com dispositivos de cuidados interdisciplinares e multiprofissionais. A última fala descrita acima refere-se às ações coercitivas decorrentes de medidas de higienização, ainda prevalentes na sociedade. As visões estigmatizantes da sociedade civil e também do Estado sobre a população em situação de rua costumavam restringir-se às pulsões assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de “higienização social”. Essas perspectivas não poderiam dar conta do complexo processo de reinserção dessas pessoas

²³O Benefício de Prestação Continuada (BPC) corresponde a um direito constitucional na forma de benefício de um salário mínimo mensal para aquelas pessoas com mais de 65 anos ou com deficiência que não têm condições de prover o seu sustento, nem de tê-lo provido pela família. São pessoas que compõem família cuja renda familiar per capita é inferior a ¼ de salário mínimo. Trata-se de benefício intransferível, pessoal, individual, que tem por objetivo assegurar condições dignas de vida (BRASIL, 2008a).

nas lógicas da família, do trabalho, da moradia, da saúde e das tantas outras esferas de que estão apartadas (BRASIL, 2008a).

Apesar de existir uma política que define princípios e diretrizes de ações para responder demandas da população em situação de rua, cada setor ainda operacionaliza suas políticas (BONALUME, 2011). A PNPSR foi definida em 2008, porém, ainda hoje há atrasos no alcance das medidas propostas, enquanto a reprodução de desigualdades e a ausência de possibilidades e oportunidades para esse segmento social continuam prevalecendo.

5.3 PERCEPÇÕES DE QUALIDADE DE VIDA

As inovações tecnológicas da medicina colaboram no aumento da expectativa de vida e consequentemente despertam estudos na melhoria da qualidade, para além da quantidade. O crescente aumento da população idosa com doenças crônicas desperta o olhar dos profissionais de saúde para a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação para manutenção de uma vida digna diante das limitações presentes.

Visando melhorar também a qualidade de vida conjunto a esse aumento de expectativa de vida quantitativo, crescem as pesquisas sobre o tema. Porém, qualidade de vida é um termo subjetivo de difícil conceito geral, pela singularidade que afeta a cada indivíduo, de acordo com suas experiências, histórias de vida dentre outros.

Estar em situação de rua é uma condição imposta que inviabiliza o exercício dos direitos humanos fundamentais e com isso, interfere na qualidade de vida. A vivência do preconceito, estigma e violência que sofrem, além do desafio de tentar suprir suas necessidades humanas básicas a cada instante, é uma violação de direitos que dificilmente não afetará suas condições de saúde física e mental.

Qualidade de vida é:

Uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000, p. 10).

Fundamentado nessa compreensão de qualidade de vida, parte-se para a análise do significado do termo para as pessoas em situação de rua. Em seus relatos, conceituam qualidade

de vida como saúde, alimentação e moradia, conforme pode ser observado nas transcrições abaixo:

Minha qualidade de vida é boa porque eu tenho bastante saúde, o resto é de menos. E graças a Deus eu tenho bastante saúde. (homem, 70 anos, Casa Lar do idoso, entrevista realizada no dia 25 de abril de 2016).

Ter saúde, alimentação e um lugar para morar, é uma qualidade de vida boa... (homem, 70 anos, Casa Lar do idoso, entrevista realizada no dia 25 de abril de 2016).

Está certo que a gente já morou na rua, agora não estou mais morando na rua, estou me considerando mais feliz, graças a Deus. (mulher, 80 anos, Casa Lar do idoso, entrevista realizada no dia 25 de abril de 2016).

Considerando que a expectativa de vida para essa população é menor se comparada à população geral, da mesma forma os acometimentos à saúde e as limitações são maiores, em consequência da condição de vida que levam. Observa-se que a saúde foi mencionada como um preditivo para ter qualidade de vida por eles inúmeras vezes, bem como o desejo de estar com a saúde restaurada para voltar a fazer as atividades que fazia anteriormente, principalmente o trabalho que lhe garantia a alimentação diária e o sentido de vida (de acordo com a sociedade capitalista, como já discutido).

Para outro grupo de pessoas idosas em situação de rua, a qualidade de vida está pautada na família.

Qualidade de vida, só se eu estivesse com a mulher, aí ia ser outro... ia ser diferente, ia ter mais força. (homem, 62 anos, rua, entrevista realizada no dia 7 de maio de 2016).

Qualidade de vida se eu tivesse um familiar que me cuidasse. (homem, 62 anos, rua, entrevista realizada no dia 7 de maio de 2016).

Aqui exprimem o desejo e a necessidade de um vínculo e/ou um apoio familiar para lhe cuidar e dividir as experiências vivenciadas no envelhecimento. Com o passar dos anos, o aumento das limitações de atividades de vida diária (AVDs*²⁴), bem como as patologias e as dores no corpo que acometem essas pessoas, levam à autorreflexão sobre a necessidade social de apoio e de vínculo afetivo para enfrentar as dificuldades dessa fase da vida.

O grupo de especialistas em QDV da OMS elaborou um instrumento genérico de avaliação de QDV, usando um enfoque transcultural (THE WHOQOL GROUP, 1995) e

²⁴ Atividades básicas de vida diária (ABVDs), relacionadas ao autocuidado, e as instrumentais (AIVDs), relacionadas à capacidade de administração do ambiente de vida dentro e fora do lar. Como o estado funcional é uma dimensão base para a avaliação gerontológica, muitos questionários específicos para determinação da avaliação das AVDs são propostos e amplamente utilizados, com destaque para o Índice de Katz (ABVDs), o Índice de Lawton-Brody e o Índice Pfeffer (MARRA et al., 2007).

considera que, embora não haja definição consensual de QDV, há concordância considerável entre os pesquisadores acerca de algumas características do construto, sendo três as principais: subjetividade, multidimensionalidade e bipolaridade (FREITAS et al, 2002).

Assim, disponibilizar maneiras de avaliar como as pessoas estão vivendo esses anos ganhos passa a ser de grande importância. A introdução do conceito de qualidade de vida podendo ser mensurado quantitativamente através de um instrumento surgiu na década de 1970, auxiliando na avaliação de saúde e com algumas vertentes que contribuíram para o desenvolvimento da base conceitual (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Devem-se fazer questões que envolvam a avaliação global de comportamentos, estados emocionais e capacidades das pessoas e de sua satisfação/insatisfação (WHOQOL GROUP, 1995).

A bipolaridade considera dimensões positivas e negativas que podem ser aplicadas a condições tão diversas como o desempenho de papéis sociais, a mobilidade, a autonomia, a dor, a fadiga e a dependência. A multidimensionalidade está representada pelos instrumentos mais abrangentes possíveis, que permitem avaliar um indivíduo, por exemplo, em seus aspectos físicos, sociais, psicológicos e ambientais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). Além da qualidade de vida ser representada por essa variedade de domínios, para cada indivíduo a subjetividade da qualidade de vida ou o valor de um domínio diferem do outro, dando mais importância ou peso para uma determinada área, como nos relatos abaixo, que exprimem o sonho de ter uma moradia.

Qualidade de vida é ter uma casinha, onde eu pudesse viver normalmente. Seria maravilhosa [...] a vida seria boa, alugaria uma peça e ficaria muito bem. Aí sim eu seria feliz. (mulher, 80 anos, albergue, entrevista no dia 7 de maio de 2016).

[...]quando eu sair daqui, alugar umas pecinhas pra mim, com um banheirinho, daí vou viver a minha vida, comprar minhas coisinhas, não depender de ninguém, aí vai ficar ótima minha qualidade de vida. (mulher, 61 anos, abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

O desejo de liberdade e autonomia permeia as pessoas idosas em questão. Nota-se que, para muitas delas, qualidade de vida é aquilo de que mais necessitam, bem como um local para morar, onde possam exercer sua cidadania, atender aos seus próprios desejos e vontades regradados por elas mesmas e envelhecer sossegadamente e com dignidade.

Para Freitas et al (2002), o estudo e a avaliação de QDV têm se mostrado importante em vários segmentos e disciplinas e também para a população idosa. Considerando que o processo de envelhecimento é heterogêneo, cada indivíduo pautará sua vida de acordo com padrões,

normas, expectativas, desejos, valores e princípios diferentes, demandando, assim, instrumentos multidimensionais, sensíveis à variabilidade dessa população.

Minha qualidade de vida é ruim. Muito ruim! (homem, 65 anos, abrigo, entrevista realizada no dia 30 de outubro de 2015)

Péssima... passando fome e frio a rua. (homem, 70 anos, Casa Lar do idoso, entrevista realizada no dia 25 de abril de 2016).

Horrível, intranquila. Droga, droga, temerária. (homem, 61 anos, Casa Lar do idoso, entrevista realizada no dia 25 de abril de 2016).

A partir dessas falas, é importante destacar que os conceitos ou “rótulos” dados pelo senso comum às pessoas idosas em situação de rua não condizem com a realidade. Quando não se usa uma reflexão crítica, e sim um posicionamento de senso comum, nota-se que nas discussões sobre o tema emerge que a condição de estarem em situação de rua é uma opção, quando na verdade é a falta de outra opção que os mantém nessa condição.

Dentre os fatores negativos relatados que resultam na falta de qualidade de vida, destacam-se a vulnerabilidade e a violência. Muitas das pessoas participantes do estudo apontam o frio e a fome como grandes dificuldades diárias e incapacitantes dessa condição de vida nas ruas. Outras falam também da invisibilidade perante a comunidade, sobre o preconceito e o estigma que resultam nas múltiplas expressões de violência vivenciadas, mantendo-as temerosas sobre seu futuro.

Minha qualidade de vida não é nem boa nem ruim. Aqui eu tomo o meu banho, eu durmo e tudo, mas eu não gostaria de tar aqui. (mulher, 61 anos, Abrigo, entrevista realizada no dia 9 de setembro de 2015).

As percepções positivas de qualidade de vida estão associadas ao fato de estarem acolhidas na Casa Lar do idoso com suas necessidades básicas supridas e com assistência em saúde. Cabe destacar aqui a importância desse equipamento de acolhida da assistência social para essas pessoas, restaurando-lhes a dignidade de vida; porém, as vagas ainda são poucas para toda a demanda de pessoas idosas em Porto Alegre.

Assim, conclui-se que qualidade de vida para as pessoas idosas em situação de rua é o resgate de seus direitos humanos fundamentais. Embora a qualidade de vida delas melhore, quanto mais os equipamentos de acolhimento da Assistência Social suprem suas necessidades humanas básicas (um exemplo disto é a casa lar do idoso), ainda prevalece nessas pessoas o desejo de conquistar o seu espaço com autonomia, liberdade e dignidade, para que possam

vivenciar seu envelhecimento com uma vida simples, mas independente dos regramentos e aparatos sociais.

5.4 VIOLÊNCIA ESTRUTURAL E INSTITUCIONAL E SEUS IMPACTOS NO COTIDIANO DAS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Criminalidade a gente vê a todo instante. Na rua vê muito mais... não quero para ninguém morar na rua, não quero para mim e para ninguém morar na rua. (homem, 61 anos, Casa Lar do idoso, entrevista no dia 25 de abril de 2016).

Este item pretende descrever a violência estrutural que impacta na vida das pessoas idosas em situação de rua, em especial pela violação de seus direitos e pela violência institucional que sofrem. As repercussões dessa violência estrutural se manifestam pela falta de acesso aos tratamentos continuados em saúde (consultas, remédios, exames, cirurgias...), preconceito e estigma que enfrentam diariamente no seu cotidiano.

Os direitos humanos básicos deveriam garantir o mínimo existencial para todos os cidadãos, independentemente de sua classe econômica ou de fatores como etnia, escolaridade, dentre outros. Por um lado, a Constituição Federal assegura esse direito a todos; por outro lado, o neoliberalismo defende a visão de Estado mínimo que não garante os direitos mínimos. A falta de acessibilidade sobre a informação e efetivação dos seus próprios direitos e/ou o preconceito expõem a pessoa em situação de rua à violência, agravada pela condição de envelhecimento e mediatizada por relações de gênero, raça/etnia, condição física, entre outros marcadores sociais. Para Silva (2009, p.174), a rua é vivida como um espaço de instabilidade, um mundo à parte da sociedade formal, onde a presença do Estado como garantidor da ordem e da segurança é relativa (ROSÁRIO, 2015), pois não se tem acesso: “aos direitos sociais, à educação, à saúde, à alimentação, ao trabalho, à moradia, ao lazer, à segurança, à previdência social, à proteção, à maternidade e a infância e à assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

[...] nós fomos morar na rua porque nós não tínhamos solução. A gente não podia arrumar nada, meu marido era doente, teve um acidente, era inválido de uma perna. A gente não atinava [...] ah, eu queria trabalhar! [...] pior coisa na vida, é se sentir inútil. (mulher, 80 anos, Casa Lar do idoso, entrevista no dia 25 de abril de 2016)

O relato acima exprime as inúmeras violências que essa mulher em situação de rua vivenciou. Os fatores estruturais que a levaram a essa situação são particularizados e

introjetados como se fossem culpa individual do sujeito, reforçando o sentimento de desamparo aprendido: “não tínhamos solução”. A falta de trabalho e a violação do direito à indenização ou auxílio-invalidez do seu esposo, que ficou na condição de deficiente físico decorrente de um acidente de trabalho e deveria ter sido assegurado pelo Estado ou pelo causador do acidente, o que lhe possibilitaria uma maior segurança econômica e qualidade de vida, novamente é atribuída a uma falha individual, revelando na narrativa uma internalização da opressão “a gente não atinava”, “pior coisa na vida é se sentir inútil”.

Um único fragmento do relato dessa idosa exprime as inúmeras violações que sofreu na sua trajetória de vida. O preconceito, a baixa condição econômica, a deficiência física do esposo, a escolaridade baixa e o não acesso ao mercado de trabalho são algumas situações que podem ser consideradas como avenidas que se entrecruzam, produzindo opressões ou sistemas de dominação em identidades com marcadores sociais que contribuem para a sua subalternização. Essa perspectiva é considerada interseccional, pois temos aqui uma mulher vulnerável em inúmeras áreas: de gênero, por ser mulher; de etnia, por ser negra; de classe social, por ser pobre; de território, por viver em situação de rua; de geração, por ser idosa, dentre tantas outras.

A Interseccionalidade é um conceito sociológico que estuda as interações na vida das minorias entre diversas estruturas de poder. Ela é a consequência de diferentes formas de dominação ou de discriminação, das intersecções entre estes diversos fenômenos, “formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais formas de subordinação: sexismo, racismo, patriarcalismo” (CREENSHAW, 2002). Então, a Interseccionalidade tenta estudar não só o fato de ser mulher; estuda ao mesmo tempo o fato de ser negra, ser LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e transgênero), etc., pois estas não podem ser tratadas como “variáveis independentes”, visto que a opressão de cada uma está inscrita dentro da outra – é constituída pela outra e é constituída dela (CREENSHAW, 2002).

Reconhecer que as discriminações de raça e de gênero não são fenômenos mutuamente excludentes propõe um modelo provisório para a identificação das várias formas de subordinação que refletem os efeitos interativos dessas discriminações. A discriminação interseccional é particularmente difícil de ser identificada em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, de forma a colocar as mulheres em uma posição onde acabam sendo afetadas por outros sistemas de subordinação.

Por ser tão comum, a ponto de parecer um fato da vida, natural ou pelo menos imutável, esse pano de fundo (estrutural) é, muitas vezes, invisível. O efeito disso é que somente o aspecto mais imediato da discriminação é percebido, enquanto que a

estrutura que coloca as mulheres na posição de receber tal subordinação permanece obscurecida. Como resultado, a discriminação em questão poderia ser vista simplesmente como sexista (se existir uma estrutura racial como pano de fundo) ou racista (se existir uma estrutura de gênero como pano de fundo). Para apreender a discriminação como um problema interseccional, as dimensões raciais ou de gênero, que são parte da estrutura, teriam de ser colocadas em primeiro plano, como fatores que contribuem para a produção da subordinação (CRENSHAW, 2002, p.176).

“A Interseccionalidade inclui o reconhecimento da diversidade e se posiciona com determinados marcadores de diferença – sexualidade, religião, etnicidade, raça, necessidades especiais, etc.” (COSTA, FELTRIN, 2016, p.5). Dessa forma, sistemas múltiplos de subordinação associados são descritos como discriminação composta, cargas múltiplas, ou como dupla ou tripla discriminação; a Interseccionalidade, por sua vez, busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre esses eixos da subordinação. Ela fala da opressão de classe e outros sistemas discriminatórios que criam desigualdades básicas relativas às mulheres, às raças, às etnias, às classes e outras, e também trata das ações e políticas específicas que geram opressões, constituindo o desempoderamento (CRENSHAW, 2002).

A Interseccionalidade é uma sensibilidade analítica, uma forma de pensar sobre identidade e a sua relação com o poder. Originalmente criada em nome das mulheres negras, o termo trouxe à luz do dia a invisibilidade de vários elementos dentro de grupos que, apesar de reclamarem essas pessoas como seus membros, regularmente falham na sua representação. As supressões dentro da Interseccionalidade não são exclusivas das mulheres negras, mas de todas as pessoas que enfrentam vulnerabilidades que refletem em intersecções de racismo, sexismo, opressão de classes, transfobia, capacitismo, entre outras, dando aos ativistas uma forma de apropriar as suas próprias circunstâncias e lutar pela sua visibilidade e inclusão (CRENSHAW, 2002).

A conjuntura social atual configura uma ação política que gera opressão, não um conflito armado, e sim uma “guerra econômica”. Tem como cenário o mercado e o mundo do trabalho, sendo prejudicadas as pessoas marginalizadas socialmente, pois o Estado não lhes dá equidade para concorrer no sistema econômico. Estão excluídos do mercado de trabalho os idosos (conforme o relato acima, da mulher em situação de rua) e os muito jovens, que sofrem desigualdades sociais e são cerceados do acesso à informação e à educação (DEJOURS, 2000). Nessa perspectiva, coloca-se em discussão a situação da pessoa idosa em situação de rua, que é excluída por ser idosa, por ser pobre (FERNANDES; RAIZER; BRÊTAS, 2007) e também por ser negra ou ser mulher, configurando a Interseccionalidade de opressões dos que vivem à margem social.

As consequências ou impactos de viver um conjunto de processos discriminatórios que promovem a violação dos direitos são conhecidos como violência estrutural, que marginaliza essas pessoas e enclausura sua dignidade. O relato abaixo exprime a difícil condição de vida desta pessoa, que se compara a um cachorro vira-latas abandonado na rua e sente-se desumanizada devido à invisibilidade que sofre, bem como o trato, como se fosse um objeto.

Porque eu estou vivendo uma vida de cachorro, aliás aqueles cachorrinhos vira-latas, que tem cachorro que tem a vida muito boa. (mulher, 80 anos, albergue, entrevista no dia 7 de maio de 2016).

A violência contra pessoas idosas pode se manifestar de inúmeras formas. Dentre elas, podem-se destacar a violência estrutural, que é aquela que ocorre pela desigualdade social e é naturalizada nas situações de pobreza, de miséria e de discriminação; a violência interpessoal nas formas de comunicação e de interação cotidiana; e a violência institucional na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação (MINAYO, 2004).

A violência estrutural reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e da discriminação, que se expressa de múltiplas formas. Para Minayo (1994, p. 8), o conceito de violência estrutural é a “violência gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à opressão dos indivíduos”.

Os idosos são o grupo mais vulnerável (junto com as crianças) por causa das limitações impostas pela idade, pelas injunções das histórias de perdas e por problemas de saúde e de dependência. No Brasil, apenas 25% dos idosos aposentados vivem com três salários mínimos ou mais, trazendo a questão social como outro problema muito mais amplo, visto que na velhice as situações são extremamente agravadas numa realidade de desigualdades econômicas e sociais (MINAYO, 2004).

Para Minayo (1994), a violência estrutural oferece um marco à violência do comportamento e se aplica às estruturas organizadas e institucionalizadas da família, como sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte. Os problemas relacionados ao combate da violência estrutural são inúmeros. Conforme Boulding (1981), essas estruturas organizadas e institucionalizadas da família influenciam profundamente as práticas de socialização, levando os indivíduos a aceitar

ou a infligir sofrimentos, segundo o papel que lhes corresponda, de forma “naturalizada”. Segundo Ros (2011, p. 8), para o enfrentamento ao ciclo de violência é preciso “enxergar e fazer enxergar” os reais processos de produção e reprodução dessa violência, pois só assim ela e as demais formas de violência que dela se desdobram poderão ser combatidas. A evidência de práticas de intolerância e violência contra as pessoas idosas, bem como a violação de seus direitos sociais e políticos, estão comumente presentes nos artigos sobre o tema, porém, pouco se discute sobre a violência estrutural vivenciada por pessoas idosas em situação de rua. Assim, faz-se necessário discutir o tema para “se fazer enxergar”.

A teoria e a prática em defesa das pessoas idosas ainda parecem distantes. Enquanto o Estatuto do Idoso teoricamente assegura os seus direitos, o próprio Estado, que deveria protegê-las e garantir seus direitos, atua de forma negligente. Os relatos das pessoas idosas em situação de rua, em que declaram passar fome e frio, referem falta de acesso aos serviços de saúde e baixos ou nenhum recurso financeiro são violações aos direitos assegurados à pessoa idosa, presentes no Estatuto do Idoso, em seus artigos 15 (trata do direito à saúde),³⁷ (direito à moradia digna) e 99 (dos crimes). Expô-lo ao perigo da integridade e da saúde física e psíquica, submetendo-o a condições desumanas e degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, bem como sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado (BRASIL, 2003), contraditoriamente são situações vivenciadas pelas pessoas idosas em situação de rua. Enquanto o Estado não assumir seu dever em prol da sociedade civil, a violência continuará presente no cotidiano do idoso (a). A qualidade dos serviços públicos fica rechaçada, o acesso cerceado e a população, na dramática redução de oportunidades de ascensão social, vivendo em condições indignas e sem o apoio do Estado (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

O relato a seguir retrata a ineficiência do Estado no controle dos serviços públicos ofertados às pessoas idosas em situação de rua, que culminam em uma forma de violência institucional.

Se eu for enumerar as experiências negativas, são terríveis, saiu até em jornais, [...] é péssimo o atendimento, uma vergonha [...] um ambiente deplorável e sem higiene. Uma coisa que não dá para definir. [...] não é à toa que tem o nome de inferno, porque lá realmente é. (homem, 62 anos, Casa Lar do idoso, entrevista no dia 25 de abril de 2016)

A violência institucional, em geral, ocorre em todo o mundo, e no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Realiza-se como uma agressão política cometida pelo Estado em nível macrossocial. De maneira mais particular, é atualizada e

reproduzida nas instituições públicas de prestação de serviços e nas entidades públicas e privadas de longa permanência (MINAYO,2004).

No caso narrado acima, a violência institucional está presente na prestação de serviço pela entidade pública. Remete à reflexão sobre bem-estar versus direitos humanos, como se a oferta de alimento e pernoite fosse o suficiente ou servisse como um bem-estar para as pessoas idosas em situação de rua, desconsiderando seus direitos humanos básicos e todo o contexto das demais necessidades da vida humana, como a acessibilidade ao estudo, ao trabalho e à saúde, dentre outros que também deveriam ser contemplados.

No discurso a seguir, a mesma violência se configura na restrição do acesso aos serviços de saúde em tempo hábil para um tratamento efetivo e na culpabilização do indivíduo pelo adoecimento ou piora no quadro.

[...] daí o médico me disse: olha, infelizmente eu não posso devolver a tua visão porque agora o nervo ótico já secou, tu demoraste muito [...] (homem, 65 anos, abrigo, entrevista no dia 15 de outubro de 2015).

A violência institucional relatada tem como pano de fundo a violência estrutural, pois ela está naturalizada entre os profissionais que a praticam, como aparece no discurso acima. A banalização dessa violência pelos servidores e pela comunidade ocorre primeiramente de forma Macro e toma corpo (estrutural) para depois tornar-se institucional (também Macro)²⁵, mais uma vez retratando a ineficiência e negligência do Estado gerador dessa violência.

Estes dias fui levar um colega meu no médico, chegando lá, o médico disse: Aqui não é lugar pra morador de rua, morador de rua tem que ir pra Pronto Socorro! Só o fato de você ser morador de rua, o cara já te olha diferente, mas na área da saúde é que são mais discriminados. (PRATES, 2012).

Para Ramos (2002), a violência estrutural e a violência institucional que vitimizam os idosos ocorrem simultaneamente. Como as crianças e os adolescentes, os idosos constituem um grupo vulnerável, sobretudo nos casos de múltiplas dependências e incapacidades. Essa forma de violência aparece tão naturalizada que impede o sujeito de emancipar-se. O sistema, o Estado e os próprios serviços de acolhimento e de saúde que deveriam auxiliar esses sujeitos na emancipação de seus direitos humanos básicos acabam subordinando-o a manter-se na condição atual, o que pode ser visto na seguinte declaração:

²⁵ A violência microsocial abrange uma pequena área da sociedade, e a macrosocial abrange uma área bem maior dessa mesma sociedade. As violências, tanto estrutural quanto institucional, atingem grande parte da sociedade, por isso são consideradas macro.

Então aqui é muito precário com o idoso. Ir na delegacia do idoso para denunciar e não dá! (homem, 65 anos, abrigo, entrevista no dia 15 de outubro de 2015).

À pessoa idosa em situação de rua, embora sofra a violência, apresentada como “aqui é muito precário”, não é permitido mudar essa realidade. Como já mencionado, ela é reprimida pela banalização da violência estrutural, reprodução da violência institucional e também das demais formas de violência que sofre e impedem-na de emancipar-se, tornando-a cada vez mais frágil e suscetível a novas violências pelo rompimento que lhes impuseram com os direitos humanos básicos, naturalizado no próprio serviço de acolhimento que espelha o poder do capitalismo e da lei da mais-valia, desconsiderando o sujeito e sua história de vida, tratando-o com desrespeito e impondo um serviço que aumenta a discriminação e não condiz com suas reais necessidades.

Os serviços de saúde, os equipamentos sociais públicos, geralmente não promovem uma política de atendimento coerente que responda às necessidades e demandas desses idosos. Alguns autores consideram que os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde frequentemente não estão capacitados para o atendimento dessa população, já que desconhecem suas particularidades, homogeneizando-as sob estigmas e rótulos. Persistem, ainda, problemas de acesso, ações de caráter paliativo e higienista, medicalizadoras, pautadas em um modelo unicausal e, no máximo, multicausal da doença (PAIVA et al., 2016).

Exatamente por ser exercitada nas ações diárias de instituições consagradas por sua tradição e poder, essa forma de violência costuma ser considerada como algo natural; na maioria das vezes, não é contestada, sob o pretexto da desestabilização da ordem social. O senso comum nem chega a compreendê-la como uma manifestação de violência, mas sim como pura e simples incompetência de governantes e responsáveis, ou até mesmo como uma maneira de gerenciar os conflitos sociais (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

Eu nunca tive em colégio e na minha ideia não havia como, e quem tem estudo sabe se explicar [...] (homem, 73 anos, albergue, entrevista no dia 28 de outubro de 2015).

A falta de acessibilidade à escolarização também se configura como uma forma de violência estrutural do Estado contra a população que tem o seu futuro cerceado. Dessa forma, é possível perceber que as histórias de vida das pessoas idosas em situação de rua já se mostravam vulneráveis antes mesmo de estarem nesta condição, pois apareciam as Interseccionalidades de discriminação por classe social, etnicidade, deficiência física, entre

outras, que foram conduzindo-as cada vez mais à margem da sociedade, ou seja, já sofriam formas de violência através da privação de acesso escolar, salutar, de transporte etc.

[...] nós ficamos esperando o ônibus pra cadeirante mais de quarenta e cinco minutos. Além de não ajudarem os cadeirantes, ainda começam a xingar. (homem, 60 anos, Abrigo, entrevista no dia 9 de setembro de 2015).

O desabafo acima exprime a violência estrutural e institucional, também consequente da discriminação interseccional, vivenciada cotidiana e frequentemente pelas pessoas idosas em situação de rua e com deficiência física. Embora legalmente o Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Nº 13146/2015, de inclusão da pessoa com deficiência) e a Política da Acessibilidade (Portaria nº 56/2011, que visa garantir o acesso e a participação das pessoas com deficiência em todos os âmbitos) (BRASIL, 2011) devessem proteger os direitos fundamentais destas, na prática não conseguem efetivar suas ações.

O que acontece com o Estatuto do Idoso se repete com o Estatuto da Pessoa com Deficiência; embora seja oferecida proteção legalmente, na prática, isto não ocorre efetivamente. Conforme o relato, o desrespeito e a violação dos direitos da pessoa idosa com deficiência e em situação de rua aconteceram através da negligência dos motoristas, passageiros, empresa, Estado e sociedade civil, no instante em que o deixaram esperando o ônibus por mais tempo do que outra pessoa sem deficiência esperaria (infringindo a igualdade, universalidade e equidade) e além disso o agrediram verbalmente. Isso retrata o quanto ainda se está distante de colocar tal estatuto em prática.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015) destina-se a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e da liberdade fundamental. Aborda a igualdade e a não discriminação, colocando como dever de todos e do Estado assegurar os direitos e a dignidade da pessoa com deficiência, abordando também seus direitos fundamentais, inclusive citando que compete ao poder público garantir a dignidade dessa pessoa ao longo de toda a sua vida, bem como o direito à saúde, à habilitação, à reabilitação, à educação, à moradia, ao esporte, ao turismo, ao lazer, ao transporte, à mobilidade e à acessibilidade.

A situação descrita acima também reflete a violência estrutural. Boulding (1981) relata que o conceito de violência estrutural oferece um marco à violência do comportamento, e isto se aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família quanto aos sistemas culturais, econômicos e políticos que conduzem à opressão de algumas pessoas, que têm negadas vantagens sociais e ficam então mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. Também

são essas estruturas que determinam as práticas de socialização que levam os indivíduos a aceitar ou a infligir sofrimentos, de acordo com o papel que desempenham. Compreender a violência estrutural no contexto social significa elucidar, a partir da ampliação e desenvolvimento desse raciocínio, os mecanismos pelos quais o Estado, em seus diferentes níveis e poderes, restringe o acesso da grande maioria da população aos direitos básicos que lhes proporcionariam uma vida digna, gerando assim um grave quadro de exclusão social (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999).

Assim sendo, a violência estrutural está presente cotidianamente na vida da população idosa em situação de rua desde o princípio de suas vidas, mesmo antes de estarem nessa situação, e frequentemente não é considerada como ações violentas. Ela supõe inevitavelmente alterações radicais nas propostas neoliberais, que diminuem e subestimam sensivelmente o papel do Estado na sociedade, Estados fortes na defesa do capital transnacional, mas débeis e pontuais com as políticas sociais (SILVA, 2005).

É possível perceber que a violência estrutural é histórica e socialmente reproduzida. Está atrelada às situações de poder e define suas vítimas, afetando aqueles que são incapazes de se defender; concentra a riqueza em poucos e a pobreza em muitos, ampliando as desigualdades sociais; e reprime projetos de vida, forçando à escolha constrangida da mendicância, fomentando o preconceito e causando danos morais, físicos e psicológicos irreparáveis à população desfavorecida (CRUZ NETO; MOREIRA, 1999). Dessa forma, torna-se urgente a adoção de um conjunto de ações concretas para atacar a violência estrutural e seus impactos, a partir da promoção da igualdade social. Políticas preventivas e redistributivas são meios para tais ações, que devem estar aliadas às políticas públicas de real interesse ao bem-estar social de toda a população, respeitando a equidade e com isso auxiliando, em especial, os grupos menos favorecidos e excluídos, como as pessoas idosas em situação de rua.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender as condições, modo de vida e as repercussões do envelhecimento para a pessoa idosa que vive em situação de rua, foi possível perceber a necessidade de uma política pública ou artigos específicos para atender a essa nova demanda social, com ações realmente efetivas nas práxis, garantindo seus direitos básicos.

As características socioculturais e demográficas dessas pessoas apresentam um histórico de exclusão social advindo das desigualdades do sistema estrutural e do capitalismo, que restringem o acesso aos seus direitos. A maioria dessa população idosa é composta por pessoas negras, de baixo poder aquisitivo e de baixa escolaridade, o que reafirma a necessidade de políticas equitativas que garantam as mesmas oportunidades de acesso a bens e serviços.

Os agravos de saúde relacionados ao processo de envelhecimento nas ruas são potencializados pelas precárias condições de vida. Além de doenças crônicas, como cardiopatias, hipertensão, asma e diabetes, também há importantes limitações nas atividades de vida diária, ocasionadas por acidentes ou condições crônicas de doenças não tratadas (por exemplo, a tuberculose e a dependência química), que repercutem em piores condições de vida e maiores limitações ao trabalho (ainda que informal), diminuindo a renda das pessoas que vivem nas ruas. Cabe ressaltar a baixa expectativa de vida consequente das condições precárias em que vivem.

As estratégias de sobrevivência utilizadas pelas pessoas idosas em situação de rua são inúmeras e rotineiras. Dentre elas, destacam-se a fé em Deus, os “bicos” (trabalhos informais), o recurso a locais movimentados para se proteger da violência, o acesso aos equipamentos de acolhimento da política de assistência social e a solidariedade (doações comunitárias e de pessoas com vínculos, como ex-patrões). Grande parte da população geral acredita no senso comum, caracterizando as pessoas em situação de rua como “necessitadas de caridade”, enquanto, na realidade, elas são restringidas dos seus direitos humanos fundamentais, como a garantia do acesso à escola, à saúde, à habitação e ao trabalho, dentre outros.

O tema “violência” emergiu fortemente nos relatos sobre a vida cotidiana das pessoas idosas em situação de rua. A violência estrutural nega o acesso aos direitos fundamentais, e a violência institucional, presente nos próprios serviços de saúde e de acolhimento, vitimiza as pessoas em situação de rua, negando-lhes oportunidades em função da lógica capitalista consumista. Geram um falso conceito, baseado no senso comum, de que elas são indignas, desumanas, despreparadas ou invisíveis, culpabilizando-as pelas próprias condições, sendo que o problema é estrutural e não individual. Da mesma forma, essas pessoas não necessitam de

caridade, e sim de acesso aos seus direitos fundamentais, bem como de um atendimento respeitoso por profissionais preparados, com conhecimento dessa causa e sem preconceitos com essa população.

A violência de gênero está fortemente calcada nas mulheres idosas em situação de rua. Seus relatos exprimem o medo vivenciado diariamente, e as pesquisas apontam o número reduzido de mulheres em situação de rua com relação aos homens, fato que faz refletir sobre a motivação desse dado estatístico. Pesquisas apontam o elevado índice de morte das mulheres em situação de rua quando comparadas às mulheres da população geral, e fazem-se necessárias mais pesquisas para responder: onde estão essas mulheres? Em que condições vivem? A que se submetem? Preferem outros espaços quaisquer à violência das ruas?

Todas as questões aqui discutidas afetam e impactam a qualidade de vida dos entrevistados (as). Nesse sentido, a maioria dos relatos afirmam que teriam qualidade de vida se tivessem uma outra história, com acesso aos seus direitos, como uma casa, um trabalho, saúde, vínculos, alimentos e água. Os discursos de sofrimentos e violações cotidianas também os afetam diretamente. Enquanto vivenciam a privação de direitos, acreditam que não há qualidade, exceto pela fé que os mantém. Dessa forma, é importante que se criem espaços para discutir essas questões a nível nacional, na academia e nas práticas do exercício das políticas públicas, garantindo os direitos básicos e dando voz para que essa população possa exprimir sua realidade de vida, sem preconceitos ou estigmas, habituais ao senso comum. Promover a equidade no acesso aos direitos básicos para toda população e o preparo estrutural nacional para atender a essa nova demanda de idosos em situação de rua é fundamental para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo para todos, inclusive para os socialmente excluídos.

Considerando tais necessidades apresentadas, propõe-se seguir algumas sugestões para autonomia e emancipação das pessoas idosas em situação de rua. Primeiramente, recomenda-se que sejam construídas e publicadas resoluções voltadas para essa população, a fim de garantir acessibilidade e prioridade nos atendimentos sociais e em saúde, bem como facilitação nos processos burocráticos. O resguardo de pelo menos 20% dos benefícios sociais exclusivamente para essa população (BPC, aposentadoria, Minha Casa Minha Vida, transporte...) seria uma importante medida.

O número crescente de pessoas idosas em situação de rua, conseqüente da desigualdade social, pode ser revertido e/ou reduzido através das garantias de equidade à população. Esta é uma proposta que precisa ser debatida para promoção da compreensão adequada do significado do conceito de equidade, que é confundido por muitos com igualdade, e, então, traçar estratégias para reduzir as desigualdades sociais e garantir a acessibilidade para todos, ofertando escolas,

serviços de saúde, habitação, transporte, esportes e outros serviços para pessoas de baixa renda, adequados às suas necessidades.

O Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua concepção traz como diretrizes a igualdade, a equidade e o acesso universal. No entanto, ainda ocorrem inúmeras restrições de acesso para as pessoas idosas em situação de rua. A política nacional da pessoa em situação de rua tenta reforçar seus direitos e ampliar o atendimento a essa população. Efetivar uma ampla divulgação e discussão sobre o tema poderá colaborar para a quebra de estigmas e inclusão de apoio das ESF com atendimentos individuais e em grupos.

Sugere-se que os serviços de assistência social promovam integração entre as equipes intersetoriais, tratando individualmente cada caso e delineando estratégias para o desenvolvimento de um plano de cuidados que ofereça oportunidades, apoio e aconselhamento durante o período de abrigamento, e que visem à inclusão social desses sujeitos. Essa ação visa à sua entrada e permanência na escola, no trabalho e na sociedade em geral, incentivando sua autonomia e independência, com atendimento especializado e privilegiado, seguindo as proposições de equidade.

Estimular a parceria entre os serviços como Disque Denúncia, acolhimento social, oferta de escuta e de ação imediata protetiva e de registro e apoio policial pode auxiliar no combate à violência urbana. Ações que podem contribuir para interrupção da continuidade da violência são o atendimento punitivo aos agressores, a manutenção de vigilância noturna nas ruas, a proteção e prioridade aos mais vulneráveis (em especial as mulheres idosas em situação de rua), a divulgação de dados referentes a pesquisas e estatísticas de violência (feminicídios) e a conscientização sobre a violência estrutural e institucional para o combate à banalização e naturalização destas.

Recomenda-se a inclusão da temática idoso em situação de rua em todos os materiais relacionados ao idoso e à pessoa em situação de rua, em especial nos materiais sobre envelhecimento ativo. Sugere-se também o desenvolvimento de estratégias práticas para promoção do envelhecimento com dignidade para grupos vulneráveis, realizando diagnósticos situacionais sobre o modo e condições de vida dessa população que sobrevive nas ruas, permitindo assim a compreensão real de cada caso com ações que visem à promoção da autonomia e independência desses sujeitos sociais e à superação das situações de vulnerabilidade social.

Garantir os direitos fundamentais de cada sujeito a partir de ações que promovam a autonomia, a igualdade e a equidade são deveres do Estado e de todo cidadão. O rompimento do continuum de privações e vulnerabilidades dos idosos em situação de rua deve ocorrer desde

o início de suas histórias de vida, conscientes de que esta é uma luta contra a privação de direitos, e não uma caridade assistencial.

A partir desta pesquisa, pretende-se divulgar de forma mais ampla possível essa realidade encontrada, a fim de que possamos acolher esses sujeitos; garantir-lhes acesso aos direitos fundamentais; promover conscientização social e acadêmica em relação ao fenômeno estudado; estimular profissionais na busca de resolutividade das situações enfrentadas por idosos em situação de rua; fortalecer políticas públicas e acrescentar emendas que deem conta especificamente das pessoas idosas em situação de rua; incentivar a luta deles em busca da dignidade; ressaltar a necessidade de reduzir as desigualdades sociais e os desfechos precários resultantes desta; promover a interdisciplinaridade dos setores (saúde, assistência social, habitação, transporte...), com foco na resolutividade para questões complexas de cada indivíduo; estimular a educação continuada, abordando esse tema nos mais variados setores, para compreensão dos profissionais e oferta de ações calcadas em conhecimentos técnico-científicos.

A divulgação ampla deste trabalho nos locais adequados poderá tornar possíveis algumas das medidas mencionadas acima. Compreendem-se como locais adequados aqueles que exercem poder político-social e estão vinculados à política do idoso e à política da pessoa em situação de rua, podendo ser o Conselho do Idoso, o Conselho de Saúde, o Conselho da Assistência Social ou o Fórum de Políticas Públicas para Pessoas em Situação de Rua.

Os dados podem ser socializados em assembleias para pessoas em situação de rua, nos centros POP da FASC e no Movimento Nacional de Pessoas em Situação de Rua. A educação permanente sobre direitos dessa população, através de livros e artigos científicos sobre o tema, e a formação para profissionais podem contribuir para desestigmatizar essa população e compreender os mecanismos que produzem processos excludentes, para que estes sejam enfrentados e minimizados e/ou superados em busca da ampliação do acesso aos direitos de cidadania, permitindo que envelhecer com dignidade não seja mais privilégio, e sim um direito.

7 CONCLUSÃO

O objetivo geral da presente pesquisa foi atingido, qual seja, o de compreender as condições, modo de vida e as repercussões do envelhecimento para pessoas com mais de sessenta anos de idade que vivem em situação de rua em Porto Alegre. Estas demonstram trajetórias e histórias de vida constituídas de perdas sociais, econômicas e culturais, bem como de exclusão e vivência à margem da sociedade.

Dentre os objetivos específicos atingidos, podemos citar o perfil das pessoas idosas como idosos jovens, com inúmeras restrições físicas decorrentes de patologias e deficiências, sendo a maioria do sexo masculino e usuário de bebida alcoólica. A situação de rua surge como desfecho de uma história de vida excluída de direitos fundamentais e de acesso à escola, educação e trabalho, agravados com o envelhecimento, que limita ainda mais a condição física e mental para o exercício de atividades extras remuneradas e, com isso, culminam numa perspectiva de que não possuem qualidade de vida em função das inúmeras necessidades que vivenciam diariamente e não conseguem suprir, como atendimento em saúde, alimentação, hidratação e habitação, usando como estratégias de sobrevivência a fé, vínculos e os “bicos” para conseguir alimentação.

Por último, foi constatada a violência estrutural, física e institucional, que fragiliza mais essa população e a expõe continuamente ao preconceito e a condições cada vez mais vulneráveis. Tal situação impacta no cotidiano dessas pessoas, tornando-se um ciclo vicioso e de resistência para sobreviver a cada nova necessidade humana básica a ser suprida e atendida na garantia de seus direitos fundamentais.

REFERÊNCIAS

ABREU, Paulo Bemonte et al. **Condições Sociais e de Saúde Mental de Moradores de Rua Adultos em Porto Alegre**. Relatório de Pesquisa. Porto Alegre: UFRGS/ PUCRS, 1999.

AGUIAR, Maria Magalhães. **Condições de existência, corpo e saúde entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia**: uma abordagem antropológica. 2010. 170f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) –Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

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**, Rio de Janeiro, v.28, n. 1, jan. 2012.

ALMEIDA, Marcos Antonio Bettine; GUTIERREZ, Gustavo Luis; MARQUES, Renato. **Qualidade de vida**: definições, conceitos e interfaces com outras áreas da pesquisa. 2012. p. 13-50. Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo: EACH/USP, 2012.

ALVES, Suéllen Bezerra. **Serviço Social e envelhecimento**: estudo dos fundamentos teórico-políticos sobre velhice na produção de conhecimento do Serviço Social no Brasil. Recife: O Autor, 2014.

AMARO, Sarita. A questão racial na assistência social: um debate emergente. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 81. São Paulo: Cortez Editora, 2005. p. 58-81.

ANDRADE, Enid Rocha; CORDEIRO, Luseni Maria. Os abrigos para crianças e adolescentes e o direito à convivência familiar e comunitária. NECA: Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente. **Conexão SIABRIGOS**: Sistema de informação sobre a criança e o adolescente em abrigos. 2005.

AZEVEDO, Juliana T. et al. As estratégias de sobrevivência e de busca de emprego adotadas pelos desempregados. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 1, n. 1, 1998, p. 15-24.

BENGTSON, V.L., BURGESS, E.O., PARROT, T.M. Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. **Jornal of gerontology**, 1997; v. 52B (1997)

BONALUME, Cláudia Regina. O paradigma da intersetorialidade nas Políticas Públicas de Esporte e Lazer. **Revista Licere**. Belo Horizonte: v. 14, n. 1, mar/ 2011. Disponível em: <anima.eefd.ufrj.br/licereV14N01_ar1.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BOULDING, Elise. Las Mujeres y la Violencia. In: **La Violencia y Sus Causas**. p. 265-279. Editorial UNESCO. Paris – França. 1981.

BRASIL. **Decreto Nº5.118**, de 19 de outubro de 1872. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-5118-19-outubro-1872-542150-publicacaooriginal-67944-pe.html>>. Acesso em: 10 maio 2017.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 5 set. 2015.

_____. **Lei Orgânica da Saúde Nº 8080**, de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 12 mar. 2017.

_____. **Lei Nº 8142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.

Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 12 mar. 2017.

_____. **Lei Nº 8.742**, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 18 jan. 2017.

_____. **Lei nº 8842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. 1994. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 22 mar. 2017.

_____. **Decreto Nº 1.948**, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. 1996. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm >. Acesso em: 18 mar. 2017.

_____. **Portaria Nº 1.395/GM**, em 10 de dezembro de 1999. Política de saúde do idoso. 1999. Disponível em:<https://www.ufrgs.br/3idade/?page_id=117>. Acesso em: 18 mar. 2017.

_____. **Guia de Procedimentos Metodológicos no Trabalho com População em Situação de Rua**: Organização Humanitária Médicos sem Fronteiras. Rio de Janeiro: Projeto Meio-Fio, 2000a.

_____. **Portaria Nº 2.874**, de 30 de agosto de 2000. Altera dispositivos da Portaria Nº 2854, de 19 de julho de 2000b. Disponível em:<<https://www.google.com.br/search?q=portaria+2874&oq=portaria+2874&aqs=chrome..69i57j0l3j69i60.3914j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>>. Acesso em: 20 maio 2017.

_____. **Portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) /SEAS nº 73**, de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Disponível em:<<http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-norma-seas.html>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

_____. **Portaria Nº 702/SAS/MS**, de 12 de abril de 2002. Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso. 2002a. Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=535>. Acesso em: 21 mar. 2017.

_____. **Portaria Nº 249/SAS/MS**. Cadastramento de Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso. 2002b.

_____. **Lei Nº 10.741**, de 1º de out. de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, Senado Federal. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 10 out. 2013.

_____. **Política Nacional de Assistência Social, SUAS e legislações pertinentes**. Disponível em:
<http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/Capacitacao/material_apoio/mariaizabel_suas.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.

_____. **Política Nacional de Assistência Social PNAS de 2004**. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, novembro de 2005. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Reimpresso em maio de 2009.

_____. **Lei Nº 11.258**, de 30 de dezembro de 2005. Altera Lei 8.742 que dispõe sobre a organização da assistência social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. 2005a. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/lei/L11258.htm>. Acesso em: 13 fev. 2017.

_____. **Portaria GM Nº 1.059**, de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSad – e dá outras providências. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Seção 1, 5 jul. 2005b.

_____. **Decreto de 25 de outubro de 2006.** Constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua, conforme disposto na Lei Nº8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. 2006a. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn11024.htm>. Acesso em: 14 fev. 2017.

_____. **Portaria MDS nº381/06** assegura recursos do cofinanciamento Federal/ SUAS. 2006b. Disponível em:<<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=197396>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

_____. **2º Censo da População em Situação de Rua e análise qualitativa da situação dessa população em Belo Horizonte:** meta 10 – realização de ações de atendimento socioassistencial, de inclusão produtiva e capacitação para população de rua. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Belo Horizonte: MDS, 2006c.

_____. **Portaria Nº 2.528**,de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006d. Disponível em:<<http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. **Portaria nº 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006e. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em:10 mar. 2017.

_____. **Decreto Nº 6.135**, de 26 de junho de 2007. Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. 2007. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6135.htm>. Acesso em: 18 fev. 2017.

_____. **Política Nacional para a Inclusão Social da População em Situação de Rua.** Brasília-DF, 2008a.

_____. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008b. Disponível em: <<http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2012.

_____. **Decreto Presidencial N° 7.053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009a.

_____. **Portaria N° 3.305**, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 25 dez. 2009b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3305_24_12_2009.html>. Acesso em: 17 nov. 2014.

_____. **Resolução CNAS.** Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. 2009c. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2017.

_____. **Rua: Aprendendo a contar.** Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria da Assistência Social. 2009d.

_____. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais.** Perfil dos Municípios Brasileiros. Assistência social. Ministério do planejamento, orçamento e gestão, Ministério do desenvolvimento social e combate a fome (MDS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de pesquisas, Coordenação de população e indicadores sociais. RJ:2010.

_____. **Portaria MS/GM N° 2.841**, de 20 de setembro de 2010. Institui o CAPs – 24 horas (CAPS AD III), no âmbito do SUS. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União, Seção 1, 20 set. 2010a.

_____. **Consultórios de Rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Texto final de Mirian Gracie Plena, Miriam Giovanni, Márcia Totughi, Valéria Cristina da Silva e Pedro Gabriel Godinho Delgado. Ministério da Saúde/SAS/DAPES/Coordenação Nacional de Saúde Mental/Convênio Escola Politécnica Joaquim Venâncio – FIOCRUZ : Brasília, setembro de 2010b, 48 p.

_____. **Instrução Operacional Conjunta SENARC/SNAS/MDS n° 07, de 22 de novembro de 2010** – orientações aos municípios e ao Distrito Federal para a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único. 2010c.

_____. **Guia de Cadastramento de Pessoas em Situação de Rua**, 2. ed. MDS. 2010d.

_____. **Portaria MS/GM n° 130**, de 2012. Ministério da Saúde. Institui o CAPs – 24 horas (CAPS AD III), no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Seção 1, 20 set. 2010e.

Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____. **Portaria N° 122/11**. SUS. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. 2011a. Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____. **Portaria MS/GM n° 940**, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão), dispensa aos ciganos, nômades e moradores de rua a exigência de apresentar o endereço do domicílio permanente para aquisição do Cartão SUS. 2011b. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html>. Acesso em: 17 fev. 2017.

_____. **Portaria GM/MDS nº 177**, de 16 de junho de 2011. Define procedimentos para a gestão do Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, revoga a Portaria Nº 376, de 16 de outubro de 2008, e dá outras providências. 2011 c. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/portarias/2011/Portaria%20no%20177%20-%20MDS%20%20de%20%2016%20de%20junho%20de%202011.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2017.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica e instituição do consultório na rua.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2011d.

_____. **Orientações técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, 2011e.

_____. **Inclusão das Pessoas em Situação de Rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social Departamento de Proteção Social Especial. SUAS e População em Situação de Rua Volume 1 Brasília, 2011f.

_____. **Lei Nº 12418**, de 9 de junho de 2011. Altera o inciso I do caput do art. 38 da Lei nº10.741, de 1ºde outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, para reservar aos idosos pelo menos 3% (três por cento) das unidades residenciais em programas habitacionais públicos ou subsidiados com recursos públicos. 2011g. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12418.htm>. Acesso em:11 mar. 2017.

_____.**Portaria Nº 56/2011.** Política da acessibilidade. Disponível em:<<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/pdfs/politica-de-acessibilidade>>.2011h. Acesso em: 08 maio 2017.

_____. **Perguntas e Respostas Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.** Centro POP. SUAS e População em Situação de Rua, volume II. Brasília:2011i.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.** Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS). 2012

_____. **Portaria N° 123/12.** SUS. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. 2012a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html>. Acesso em:06 fev. 2017.

_____. **Plano operativo para implementação de ações em saúde da população em situação de rua.** 2012b. Disponível em:<http://www.mppma.mp.br/arquivos/CAOPDH/PLano_Operativo_para_Implementa%C3%A7%C3%A3o_de_A%C3%A7%C3%B5es_em_Sa%C3%BAde_da_Pop_em_situa%C3%A7%C3%A3o_de_Rua_2012-2015.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2017.

_____. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: 2012c.

_____. **Resolução N° 2,** de 27 de fevereiro de 2013. Define diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na População em Situação de Rua (PSR) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da População em Situação de Rua. Ministério da Saúde. 2012 a 2015. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 28 fev. 2013a.

_____. **Diálogos sobre a população em situação de rua no Brasil e na Europa:** experiências do Distrito Federal, Paris e Londres. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013b. 188 p.

_____. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 176 p.

_____. **Resolução Nº33**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social -NOB/SUAS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2013d. Disponível em: < <http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/publicada-hoje-a-nova-norma-operacional-basica-nob-suas-2012>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Princípios. 29 abr. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/231-sas-raiz/humanizaus/11-humanizaus/12417-principios>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Capacitação de Lideranças do Movimento da População de Rua e a realização dos Congressos do Movimento Nacional da População de Rua. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. **Vigitel**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2017.

_____. **Portal da Saúde**. Centro de atenção Psicossocial (CAPS). 07 maio 2014c. Disponível em:<<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/12-saude-mental/12609-caps>>. Acesso em: 09 maio 2017.

_____. **Guia de Atuação Ministerial**: defesa dos direitos das pessoas em situação de rua / Conselho Nacional do Ministério Público. – Brasília: CNMP, 2015.

_____. **Lei nº 13.146**, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).Disponível

em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm>. Acesso em: 09 maio 2017.

_____. **Curso de Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Rua**. EAD.

FIOCRUZ. 2016. Disponível

em:<http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2136>. Acesso em: 12 fev. 2017.

_____. Programas do Governo. **Cadastro Único do Governo Federal**. 2017. Disponível

em:<<http://www.programadogoverno.org/cadastro-unico-do-governo-federal-cadunico>>.

Acesso em: 22 jun. 2017.

_____. **Regras para aposentadoria**. 2017a. Disponível

em:<<http://www.previdencia.gov.br/servicos-ao-cidadao/todos-os-servicos/aposentadoria-por-tempo-de-contribuicao/>>. Acesso em: 22 maio 2017.

_____. **Mudanças com a reforma da previdência**. 2017b. Disponível

em:<<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-planalto/noticias/2016/12/entenda-o-que-muda-com-a-reforma-da-previdencia-1>>. Acesso em: 22 maio 2017.

BRETAS, Ana Cristina Passarella et al. Quem mandou ficar velho e morar na rua?. **Revista da escola de Enfermagem**. USP[online]. 2010, v.44, n.2, p.476-481. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200033>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

BRUNNER; SUDDARTH. **Manual de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 13.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015

CARNEIRO, Carla Bronzo Ladeira; VEIGA, Laura da. O conceito de inclusão, dimensões e indicadores. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Coordenação da Política Social.

Política Social, 2. jun. 2004.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In **Fundação Oswaldo Cruz**. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da

Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. V. 2. p. 19-38. ISBN 978-85-8110-016-6. Disponível em SciELO Books: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

CARVALHO, Renata Alves da Silva et al. Desigualdades em saúde: condições de vida e mortalidade infantil em região do nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, 2015, v. 49, n. 5.

CASIRAGHI, Raquel. **Copa do Mundo FIFA 2014 e as Violações de Direitos Humanos em Porto Alegre**. Comitê popular Copa. 2015.

CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CHEUNG, Angela M.; HWANG, Stephen W. Risk of death among homeless woman: a cohort study and review of the literature. **CMAJ**. 2004, v. 170, n. 4, p.1243-1247

CIDADEVIVA. **Uma visão global das ruas e esquinas do mundo**. Org. Anjos da noite. 2012. Disponível em: <<http://www.cidadeviva.org/anjosdanoite/?p=2118>>. Acesso em: 06 abril 2017.

CLOS, Michele Bertóglia. **Cuidados no fim da vida de pessoas idosas institucionalizadas: contradições e desafios**. 2016. 146f. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2016.

COUCEIRO, Tânia Cursino de Menezes et al. Prevalência e Influência do Sexo, Idade e Tipo de Operação na Dor Pós-Operatória. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v59n3/06.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

COSTA, Ana Paula Motta. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Textos & Contextos**. 2005, v. 4, n. 1, p.1-15.

COSTA, Maria Conceição da; FELTRIN, Rebeca Buzzo. Desafios da Interseccionalidade em Gênero, Ciência e Tecnologia.. **Caderno Pagu**. 2016, n.47. Campinas-SP. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/18094449201600470018>>. Acesso em: 13 maio 2017.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista de Estudos Femininos**. University of California Los Angeles, jan. 2002, v.10, n.1, p.171-188.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 248 p.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 33-52, 1999

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Artmed. Porto Alegre, 2008. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=TJDO_77vumEC&oi=fnd&pg=PA12&dq=termo+doen%C3%A7a+mental+e+transtorno&ots=AmavOVhozQ&sig=-17rqA6EMjQndgcMUA64UfUusU#v=onepage&q=termo%20doen%C3%A7a%20mental%20e%20transtorno&f=false>. Acesso em: 21 jun. 2017.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2000.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto Passos. **Políticas Sociais: Acompanhamento e análise – 20 anos da Constituição Federal**. Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. IPEA, 2009.

DIAS, Reinaldo. **Introdução à Sociologia**. 2.ed. São Paulo: Pearson, 2010.

DIAS, André Luiz Freitas et al. Mulheres em situação de rua: trajetórias de invisibilidade e exclusão na construção de identidades. **Seminário Enlaçando Sexualidades**. Uneb. 2015.

Disponível em: <www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/enl31.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Globalização correlação de forças e serviço social**. São Paulo: Cortez; 2013.

FASC. **Estudo quanti-qualitativo da população afrobrasileira de Porto Alegre**. Contrato 026/2007. Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC), Universidade Federal do Rio Grande do Sula (UFRGS), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Laboratório de Observação Social. Estudos quanti-qualitativos. Relatório final. maio 2008.

_____. **Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS**. Relatório Final. Contrato 023/2015. Estudos quanti-qualitativos população em situação de rua de Porto Alegre. Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC), Universidade Federal do Rio Grande do Sula (UFRGS), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Laboratório de Observação Social. Estudos quanti-qualitativos. Relatório final. 2016. Disponível

em:<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?reg=41&p_secao=120>. Acesso em: 19 fev. 2017.

_____. **Perfil e Mundo dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre**. Pesquisa. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – IFCH - Prefeitura Municipal de Porto Alegre - PREF POA- Fundação da Assistência Social e Cidadania - FASC. 2008.

FERNANDES, Flavia Saraiva Leão; RAIZER, Milena Veiga; BRETAS, Ana Cristina Passarella. Old, poor and out on the streets: on the road to exclusion. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2007, v.15, n.spe, p.755-761. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000700007>>. Acesso em: 12 jan. 2017.

FIPE. **Censo dos Moradores de Rua**. Fundação Instituto de Pesquisas Econômica (FIPE). São Paulo (SP).2003.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida. O instrumento de avaliação de qualidade de vida abreviado da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-breve): aplicação da versão em português. **Revista de Saúde Pública**, 2000, v. 22, n. 2.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista de Saúde Pública**, 1999, v. 33, n. 2, p. 198-205.

FONTANELLA, Bruno Jose Barcellos et. al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 389-394, fev. 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. 1. ed. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p. (Estudos, 61)

FREITAS, Elizabete Viana de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro-RJ: Guanabara Koogan: 2002.

FRIAS, Marcos Antonio da Eira et al. Idosos em situação de rua ou vulnerabilidade social: facilidades e dificuldades no uso de ferramentas computacionais. **Revista brasileira de enfermagem**. 2014, v.67, n.5, p.766-772. Disponível em:<<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670514>>. Acesso em: 12 maio 2017.

GABRICH, Frederico.; SILVA, Rogério Luiz Neryda. Autonomia privada, regulação e estratégia. Organização CONPEDI/ UFMG/FUMEC/Dom Helder Câmara; Florianópolis: **CONPEDI**, 2015.

GARIBALDI, Brian; CONDE-MARTEL, Alcía; O´TOOLE, Thomas. Self-reported comorbidities, perceived needs, and resources for usual care for older and younger homeless adults. **Journal of General Internal Medicine**, Philadelphia, v. 20, n. 8, p. 726-730, 2005.

GATTI, Bruna Papaiz; PEREIRA, Camila Potyara (Orgs.). **Projeto Renovando a Cidadania**: pesquisa sobre a população em situação de rua do Distrito Federal. Brasília: Gráfica Executiva, 2011.

GONÇALVES, Aguinaldo; VILARTA, Roberto. Qualidade de Vida: identidades e indicadores. In: GONÇALVES, Aguinaldo e VILARTA, Roberto (orgs.). **Qualidade de Vida e atividade física**: explorando teorias e práticas. Barueri: Manole, 2004, p.03-25.

GONÇALVES, Vânia. O envelhecimento em situação de rua: breve estudo sobre a população idosa usuária do Centro de Acolhida Complexo Prates. **Revista Portal de Divulgação**, n.47, Ano VI. dez./jan./fev., 2015-2016.

GRAEFF, Bibiana. A pertinência da noção de ambiências urbanas para o tema dos direitos dos idosos: perspectivas brasileiras. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**.v.17, n.3. Rio de Janeiro. jul./set. 2014.

GUIMARÃES, Antonio Sergio Alfredo. **Classes, raças e democracia**. São Paulo: FUSP / Editora 34, 2002. 232 p.

GUIMARÃES, Christiane dos Passos. A Política Nacional de Assistência Social e o SUAS. Um novo marco regulatório em pauta. Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. **III Jornada Internacional de Políticas Públicas**: questão social e desenvolvimento no século XXI. São Luís – MA, 28 a 30 de agosto 2007.

HOFF, Luíza Rutkoski. **Análise Textual Discursiva**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS. Escola de Humanidades - Programa de Pós-graduação em Serviço Social – PPGSS - Mestrado em serviço social. Porto Alegre, junho de 2016.

HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3.ed. 384p. Porto Alegre: Artmed, 2008.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Perfil dos municípios brasileiros**. Pesquisa de atenção básica municipal. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2009

_____. **Síntese de indicadores sociais**, 2006. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

_____. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

JANCZURA, Rosane. Risco ou vulnerabilidade social? **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 301-308, ago./dez. 2012

KARLING, João Carlos. **A representação social do espaço público em meninos em situação de rua**. 2001. 146 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

KERN, Francisco Arseli; SILVA, André Luiz da. A homossexualidade de frente para o espelho. **Psicologia**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40, n. 4, pp. 508-515, out./dez. 2009.

Disponível

em:<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4939>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

LAMARCA, Gabriela; VETTORE, Mario. **A nova composição racial brasileira segundo o Censo 2010**. Biblioteca virtual em saúde (BVS). Determinantes Sociais da Saúde. 2012. Disponível em:<<http://dssbr.org/site/2012/01/a-nova-composicao-racial-brasileira-segundo-o-censo-2010>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

LIPOVETSKY, Gilles. **A felicidade paradoxal**: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo. São Paulo, Companhia das Letras, 2007.

LOURENÇO, Tânia Maria et al. Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, jun. 2012, v. 33, n. 2, p.176-185.

LYNN, Laurence E. **Designing Public Policy: A Casebook on the Role of Policy Analysis.** Santa Monica, Calif.: Goodyear. 1980.

LUDEMIR, Ana Bernarda; MELO FILHO, Djalma A de. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública.** 2012, v. 36, n. 2, p. 213-2221.

MACHADO, Simone Araújo. **O processo de rualização e o sistema único de assistência social/SUAS: uma interlocução necessária entre proteção social básica e proteção social especial.** 2012. 131 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS. Porto Alegre, 2012.

MARTINS, Maristela Santini; MASSAROLLO, Maria Cristina Komatsu Braga. Mudanças na assistência ao idoso após promulgação do Estatuto do Idoso segundo profissionais de hospital geriátrico. **Revista-escola de enfermagem Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 26-33, 2007.

MARRA, Taís Almeida et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, p. 267-273, 2007.

MARX, Karl. **O Capital: Crítica da Economia Política.** Livro Primeiro. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 31.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

_____. Trabalho alienado. Primeiro Manuscrito. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**, 1844. Disponível em:

<<http://www.marxists.org/portugues/marx/1844/manuscritos/cap01.htm>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

MASTEN, Ann. Ordinary magic: Resilience process in development. **American Psychologist**, 2001, v. 56, p. 227-238.

MASTEN, Ann; GARMEZY, Norman. Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, Benjamin B.; KAZDIN, Alan E. (Orgs.). **Advances in clinical child psychology**. New York: Plenum, 1985, p. 1-52..

MATTOS, Ricardo Mendes.; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 47-58; maio/ago.2004.

_____. O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado. **Estudos de psicologia**. (Campinas)[online]. 2005, v.22, n.1, p.23-32. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000100004>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc). Governo Federal. **Guia de Cadastramento de Pessoas em Situação de Rua**. Conteudistas Letícia Bartholo de Oliveira e Silva e Renata Aparecida Ferreira Apoio Técnico Beatris Camila Duqueviz, Carlos Alberto Ricardo Júnior, Comissão Permanente de Direito Humano à Alimentação Adequada (CP4) Consea, Etinete Gonçalves, Iracema de Abrantes Souto, Kelvia de Assunção Ferreira Barros, Letícia Bartholo de Oliveira e Silva, Luanna Shirley de Jesus Sousa e Othília Maria Baptista de Carvalho. 2010. Disponível em:<http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/cadastro_unico/_Guia_Cadastramento_de_Pessoas_em_Situacao_de_Rua.pdf>. Acesso em: 12 maio 2017.

MENEZES, Tânia Maria de Oliveira; VEIGA, Kátia Conceição Guimarães. Produção do conhecimento em enfermagem: a (in) visibilidade da atenção à saúde do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem**. USP 2008, v. 42, n. 4, p. 761-768. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v42n4/v42n4a19.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

MENTZ, Letícia de Mesquita. **Abrigo para adultos em situação de rua**. 2013. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso.(Graduação em Arquitetura). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Social Violence from a Public Health Perspective. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10 (supplement 1), p. 07-18, 1994.

_____. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 07-19, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7022.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

_____. **Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.

_____; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de Vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, 2000, p. 7-18.

MINISTÉRIO PÚBLICO. **Cartilha dos direitos do morador de rua: um guia na luta pela dignidade e cidadania**. Belo Horizonte-MG, 2010.

MORAES, Roque. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência e Educação**, v. 9, n. 2, p.191-2011, 2003.

_____; GALIAZZI, Maria do Carmo. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Ed. Ijuí, 2007.

NAPPO, Solange Aparecida; SANCHEZ, Zila M.; RIBEIRO, Luciana Abeid. Há uma epidemia de crack entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública; **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1643-1649, set. 2012

NOGUEIRA, Oracy. **Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem, em tanto preto quanto branco**. São Paulo, T. A. Queiroz. 1985.

OLIVEIRA, F. A questão do Estado: vulnerabilidade social e carência de direitos. In: **Subsídios à Conferência Nacional de Assistência Social**, 1. Brasília: CNAS, out. 1995. (Cadernos ABONG).

OLIVEIRA, Jairo da Luz. **A vida cotidiana do idoso morador de rua: as estratégias de sobrevivência da infância à velhice – um círculo de pobreza a ser rompido**. 2001. 144f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

OLIVEIRA, Nayara Suênia; DANTAS, Eduardo Riberio. A cultura lúdica enquanto estratégia de sobrevivência e resistência no bairro de Bodocongó. In: LEMOS, Elaine Melo de Brito; DANTAS, Eduardo Ribeiro; CHAO, Cheng Hsin Nery (Orgs.). **De portas abertas para o lazer: a cultura lúdica nas comunidades de Bairro** [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2009. 184 p. Disponível em SciELO Books: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 18 out. 2016.

OLIVEIRA, Márcia Terezinha. **A Política Nacional de Assistência Social - PNAS e a concepção do Sistema Único de Assistência Social – SUAS**. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.pr.gov.br/arquivos/File/aula_curso_suas/SUAS_Financiamentos_PR_V2_2_.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2017.

OMS. **Health of the Elderly**. Geneva: Technical Report Series. Organização Mundial de Saúde (OMS), 779, 1989.

PAIVA, Irismar Karla Sarmiento de et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2595-2606, 2016.

PAIVA, Sálvia de Oliveira Campelo e. **Envelhecimento, saúde e trabalho no tempo do capital: um estudo sobre a racionalidade na produção de conhecimento do Serviço Social**. 2012. 253 f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

_____. **Envelhecimento, Saúde e Trabalho no tempo do capital**. São Paulo: Cortez, 2014.

PALUDO, Simone dos Santos; KOLLER, Silvia Helena. Resiliência na rua: um estudo de caso. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21, n. 2, Aug. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722005000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2011.

PEREIRA, Ivanyse. Higiene e conforto. In: **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Manual de cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2014.

PESTANA, Nuno Nóbrega. **Trabalhadores Mais Velhos**: Políticas Públicas e Práticas Empresariais, Cadernos de Emprego e Relações de Trabalho, Lisboa, Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho, 2003, p. 105-107.

PINTO, Elisabete Aparecida. **O serviço social e a questão étnico-racial**: um estudo de sua relação com usuários negros. São Paulo: Terceira Margem, 2003.

PRATES, Jane. **Sujeitos em situação de rua**: a realidade, as alternativas de enfrentamento e o trabalho do assistente social. Workshop.2012 (expressão de um morador de rua).

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Plano Municipal de enfrentamento à situação de rua**. 2011. Disponível

em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/fasc/usu_doc/plano_municipal_de_enfrentamento_a_situacao_de_ rua1.pdf>. Acesso em: 11 maio 2017.

_____. FASC. **Relatório Final**: cadastro da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre - 2011. 2012. Disponível

em: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar[1].pdf)>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. **Atenção POP rua**. 2015a. Disponível

em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=137>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. **Casa lar do idoso**. 2015b. Disponível

em: <http://www1.prefpoa.com.br/fasc/default.php?p_noticia=177110&INAUGURADA+A+PRIMEIRA+CASA+LAR+PARA+IDOSOS+DO+MUNICIPIO>. Acesso em: 13 dez. 2016.

_____. Fasc. **Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS**. Estudos quanti-qualitativos população em situação de rua de Porto Alegre.

Relatório Final. Contrato 023/2015 – UFRGS (Universidade Federal do Rio Grande do Sul) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – FASC (Fundação da Assistência Social e Cidadania). 2016.

_____. Casa Lar para Idosos completa 1 ano de atividades. **Fasc documentos e publicações**. 2016a. Disponível em:<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?reg=39&p_secao=120>. Acesso em: 16 maio 2017.

_____. **Proteção Social**. Disponível em:<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?p_secao=115>. Acesso em: 22 maio 2017.

RAMOS, Luiz Roberto. Epidemiologia do envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2002. p.70-78

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani et al. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2007, v. 16, n. 3, p. 536-545.

ROS, Ana Carolina Pontes. Produção e reprodução social da violência: rebatimentos da naturalização de processos violentos na sociedade capitalista. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Estado, desenvolvimento e crise do capital. São Luis-MA, 2011.

ROSA, Anderson da Silva; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, Brazil. **Interface** (Botucatu), 2015, v. 19, n. 53, p. 275-285.

ROSÁRIO, Graziela Oliveira do. **Análise das condições e modos de vida de mulheres em situação de rua em Porto Alegre-RS**. 2015. 103 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Programa de Pós Graduação da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

SAGI. **1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Secretaria de avaliação e gestão da informação (SAGI).** Júnia Quiroga. Diretora do Departamento de Avaliação (DA/SAGI/MDS). Seminário Nacional sobre Direitos e Garantias da População em Situação de Rua. Mesa: Perfil da População em Situação de Rua. Brasília, 30 de novembro de 2010.

_____. Secretaria de avaliação e gestão da informação. **Primeiro censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua.** Síntese das Pesquisas de Avaliação de Programas Sociais do MDS. Gestão da Política de Segurança Alimentar, Desenvolvimento Local e Combate à Pobreza. Caderno de Estudos 13 alterado e revisado. 12 jun. 2012. Equipe SAGI: Carmela Morena Zigoni Pereira, Júnia Valéria Quiroga da Cunha e Oscar Arruda D'Alva. Equipe responsável: Flávio Eduardo Silveira (coordenador-geral), Álvaro Roberto Crespo Merlo, Jacqueline Oliveira Silva, Juscelino Zemiacki, Magda Ribeiro Barcelos (pesquisadores). Instituição executora: Meta – Instituto de Pesquisa de Opinião.

SALGADO, Carmen Delia Sánchez. **Gerontologia Social.** Puerto Rico: Publicaciones puertorriqueñas; 1999.

SANTOS, Franklin Santana; INCONTRI, Dora. (Orgs). **A arte de morrer: visões plurais.** Bragança Paulista: Comenius, 2009.

SANTOS, Janete Silva dos. Atendimento preferencial no estatuto e na voz do idoso: uma análise discursiva. **Linguagem em (Dis)curso**, Tubarão, SC, v. 13, n. 2, p. 243-271, maio/ago 2013.

SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Depressão pós-parto: considerações teóricas. **Revista de psicologia da UFRJ**, 2008, v. 8, n. 3. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v8n3/artigos/html/v8n3a14.html>>. Acesso em: 17 maio 2017.

SBGG. **Sociedade Brasileira de geriatria e gerontologia.** 2014. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/1436207288_Guia_de_politicas_publicas_2015.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2017.

SCHNEIDER, Rodolfo Herberto; IRIGARAY, Tatiana Quarti. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estudos de psicologia**. (Campinas) [online], 2008, v.25, n.4, p.585-593.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1019-1027, 2009.

SCHRÖDER-BUTTERFILL, Elisabeth; MARIANTI, Ruly. A framework for understanding old-age vulnerabilities. **Ageing e Society**, Cambridge, v. 26, n. 1, p. 9-36, 2006.

SCHUCH, Patrice et al. **A Rua em Movimento**: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre. 2012. 126 f. FASC- Fundação de Assistência Social e Cidadania da Prefeitura Municipal de Porto Alegre.

SECRETARIA DO ESTADO DA ASSISTÊNCIA E DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL.
Idoso: Programa de Atenção à Pessoa Idosa.. Disponível em:<<http://www.assistenciasocial.al.gov.br/programas-projetos/protecao-social-basica-1/idoso/>>. Acesso em:16 mar. 2017

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

SILVA, José Fernando Siqueira. O método de Marx e o estudo da violência estrutural. **Revista Eletrônica da Faculdade de História, Direito e Serviço Social**. Departamento de Serviço Social da UNESP-Franca. 2005

SILVA, Maria Lucia Lopes. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, Brenda F. **As instâncias decisórias do Sistema Único de Assistência Social(SUAS) e o federalismo brasileiro**:estratégias de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT. 2010. 57f. Monografia(Especialização em Democracia Participativa, República e

Movimentos Sociais). Programa de Formação de Conselheiros Nacionais, Departamento de Ciências Políticas da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasília, 2010.

SILVA; Henrique Salmazo da; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Dimensões da qualidade de vida de idosos moradores de rua do município de São Paulo. **Saude soc.** [Internet], 2013, v.22, n.1, p. 148-159. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000100014>>. Acesso em: 20 set. 2013.

SILVA, Stael Silvana Bagno Eleutério da; OLIVEIRA, Sofia de Fátima da Silva Barbosa de; PIERIN, Angela Maria Geraldo. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. **Revista da Escola de Enfermagem. USP.** 2016, v. 50, n. 1, p. 50-58.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp>>. Acesso em: 08 jun. 2017.

SOUSA, Rosana Gouvea de; LOVISI, Giovanni Marcos. Avaliação de déficits cognitivos em moradores com mais de 65 anos de um albergue público. **Revista Psiquiatria Clínica,** v. 34, n. 5, p. 205-209, 2007.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias,** Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. **Sociedade das Ciências Médicas,** 1995; n. 10, v. 41, p. 1403-1409.

TORNSTAM, Lars. The quo vadis of gerontology: on the scientific paradigm of gerontology. **The gerontologist,** 1992; v. 32, p. 318-326.

TRUBILHANO, Amanda Gongora. **Rua dos bobos, número zero:** as estratégias de sobrevivência de pessoas em situação de rua. 2011. 49f. Trabalho de Conclusão de Curso.

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2011.

VARANDA, Walter; ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde. **Saúde e Sociedade**. 2004; v. 13, n. 1, p. 56-67.

VERAS, Renata Meira et al. As condições de vida e de trabalho da população em situação de rua do centro histórico de Salvador. **Cadernos de Pesquisa Interdisciplinares em Ciências Humanas**, Florianópolis, Santa Catarina, v.15, n.106, p. 161-178 – jan./jun. 2014.

WERNER, Emmy; SMITH, Ruth. **Overcoming the odds**: high risk children from birth to adulthood. New York: Cornell University Press, 1992.

WHO, World Health Organization. Better palliative care for old people. In: DAVIS, E.; HIGGINSON, I. **WHO/Regional Office for Europe**, 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization, In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). **Quality of life assessment**: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1995. p. 41-60.

YUNES, Maria Angela Mattar. **Psicologia positiva e resiliência**: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 2003, v. 8 (esp.), p. 75-84.

_____.; SZYMANSKI, Heloísa. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, José (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

APÊNDICE A – EMENDA CEP

GERIR PESQUISA

Para cadastrar um novo projeto, clique aqui: [Nova Submissão](#) Para cadastrar projetos aprovados anteriores à Plataforma Brasil, clique aqui: [Projeto anterior](#)

BUSCAR PROJETO DE PESQUISA:

Título do Projeto de Pesquisa: CAAE:

Pesquisador Responsável: Última Modificação: Tipo de Projeto:

Palavra-chave:

SITUAÇÃO DA PESQUISA

<input checked="" type="checkbox"/> Marcar Todas	<input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado no CEP	<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido ao CEP
<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado	<input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pela CONEP	<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Submetido à CONEP
<input checked="" type="checkbox"/> Em Apreciação Ética	<input checked="" type="checkbox"/> Pendência Documental Emitida pelo CEP	<input checked="" type="checkbox"/> Recurso não Aprovado no CEP
<input checked="" type="checkbox"/> Em Edição	<input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pela CONEP	<input checked="" type="checkbox"/> Retirado
<input checked="" type="checkbox"/> Em Recepção e Validação Documental	<input checked="" type="checkbox"/> Pendência Emitida pelo CEP	<input checked="" type="checkbox"/> Retirado pelo Centro Coordenador
<input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado - Não Cabe Recurso		
<input checked="" type="checkbox"/> Não Aprovado na CONEP		

LISTA DE PROJETOS DE PESQUISA:

Tipo *	CAAE *	Versão *	Pesquisador Responsável *	Comitê de Ética *	Instituição *	Origem *	Última Apreciação *	Situação *	Ação
P	46772315.0.0000.5336	2	Patricia Krueger Grossi	5336 - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUC/RS		PO	E1	Aprovado	

LEGENDA:

(*) Tipo
P = Projeto de Centro Coordenador Pp = Projeto de Centro Participante Pc = Projeto de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

<div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Ano de submissão do Projeto Tipo do centro Código do Comitê que está analisando o projeto </div> <div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">n n n n n n</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">a a</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">. d v</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">. t</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">x x x</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">. l l l l</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: x-small; margin-top: 5px;"> Sequencial para todos os Projetos submetidos para apreciação Dígito verificador Sequencial, quando estudo possui Centro(s) Participante(s) e/ou Coparticipante(s) </div>

(*) Origem / Última Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador	POp = Projeto Original de Centro Participante	POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
E = Emenda de Centro Coordenador	Ep = Emenda de Centro Participante	Ec = Emenda de Centro Coparticipante
N = Notificação de Centro Coordenador	Np = Notificação de Centro Participante	Nc = Notificação de Centro Coparticipante

(*) Lista de Projetos de Pesquisa
- A exibição da ação indica que existem uma ou mais emendas em fila, ou seja, que aguardam apreciação.

Porto Alegre, 14 de dezembro de 2015.

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do Comitê de Ética e Pesquisa
PUCRS

Venho através deste justificar a emenda ao CEP pela Plataforma Brasil relacionadas ao projeto “Qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua na capital gaúcha”.

Considerando a dificuldade dos sujeitos da pesquisa responderem o instrumento quantitativo WHQOL, optou-se por um instrumento qualitativo para coleta de dados, através de uma entrevista semiestruturada com idosos em situação de rua. Consideramos que o uso do novo instrumento é mais adequado ao perfil da amostra e possibilita conhecer o modo e as condições de vida dos sujeitos e sua qualidade de vida.

Assim, o estudo passa de misto para qualitativo. Será aplicado uma entrevista semiestruturada abordando o perfil sócio demográfico e questões de qualidade de vida fundamentadas no WHOQOL BREF e WHOQOL OLD, de acordo com quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Serão aplicados aos sujeitos nas ruas e nos serviços FASC (albergues e outros).

A amostra deste estudo se dará por amostragem aleatória simples e o fechamento amostral por saturação teórica.

Os dados serão analisados pela transcrição das falas, de acordo com cada domínio abordado, a luz do referencial teórico e discutidos pela análise textual discursiva de Roque Moraes.

Foram atualizados na Plataforma Brasil os campos: desenho, resumo, introdução, metodologia proposta, metodologia da análise de dados, data do primeiro recrutamento, número de participantes da pesquisa e referências.

Sem mais, coloco-me a disposição no que for necessário.

Atenciosamente,

Prof^ª. Dra. Patrícia Grossi
Pesquisadora e Professora do Doutorado em Gerontologia Biomédica-PUCRS

APÊNDICE B – FORMULÁRIO SUBJETIVO DE QDV

FORMULÁRIO

QUESTÕES SOBRE O PERFIL

I- Dados da entrevista

1. Data: ___/___/___

2. Entrevistador: _____

3. Local da entrevista: ()Albergue Municipal ()Albergue Felipe Diel
 ()Abrigo Bom Jesus ()Abrigo Marlene ()Lar do idoso

II- Dados pessoais do sujeito

4. Nome: _____

5. Idade: _____

6. Sexo: () feminino () masculino

7. Cor: () branco () preto () amarelo () indígena

8. Orientação sexual: ()heterossexual () homossexual () travesti ()
 transexual () bissexual

III- Dados do histórico de vida

9. Há quanto tempo está em situação de rua? Por quê?

10. Sabe ler e escrever? Estudou até que série?

Onde dorme? _____

11. Onde passa o dia? _____

12. O que faz para sobreviver? _____

ANOTE SEM PERGUNTAR

13. Qual sua percepção quanto o comportamento, apresentação e contexto que o
 sujeito estava?

QUESTÕES SOBRE QUALIDADE DE VIDA

DOMÍNIO 1-FÍSICO

1. Como você está se sentindo fisicamente (doença, dor, sono, energia, AVDs,
 saúde, visão e audição...)?

2. Tua condição física te atrapalha ou impede de fazer algo? Por quê? _____

3. Você usa alguma substância que pode causar dependência (cocaina, crack,
 maconha, cigarro, álcool, remédio...)? Quando? _____

DOMÍNIO 2- PSICOLÓGICO

4. O que significa estar em situação de rua para você? _____

5. Como é viver na rua? _____

6. Quais foram tuas experiências positivas e negativas? _____

7. Como as pessoas lhe veem? _____

8. Como você está se sentindo? _____

9. Você se sente reconhecido? _____

10. Você tem liberdade e autonomia? _____

11. O que é felicidade para você? _____

12. Você se considera feliz? Por quê? _____

13. Você tem medo de morrer? Por quê? _____

14. Quais são seus planos para o futuro (projeto de vida)? _____

DOMÍNIO 3- RELAÇÕES SOCIAIS

15. Como está suas relações interpessoais (amigos/parentes/assistência)? Recebe e dá amor e apoio? Explique: _____

16. Como está sua vida sexual? _____

DOMÍNIO 4- MEIO AMBIENTE

17. Como é o ambiente em que você vive (proteção, saúde, social e lazer)? _____

18. Como está de recursos financeiros? _____

QUALIDADE DE VIDA

19. O que é qualidade de vida para você? _____

20. Você tem qualidade de vida? Por quê? _____

21. Se você (não) estivesse em situação de rua, como seria sua qualidade de vida?

OUTROS

22. Que atendimento recibes da instituição? _____

23. Dê sugestões de melhorias para o atendimento recebido da instituição _____

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

**PROJETO: QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO
DE RUA NA CAPITAL GAÚCHA**

I-A justificativa e objetivos da pesquisa.

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de um estudo que tem por objetivo analisar a qualidade de vida e compreender seu significado para a população idosa em situação de rua da capital gaúcha, tendo como perspectiva despertar o olhar da sociedade e das políticas públicas mediante esta realidade.

II-Os procedimentos a serem utilizados

Para tanto o(a) Sr.(a) responderá a um formulário aplicado pelo pesquisador que será gravado e engloba questionamentos relacionados ao seu estado físico, psicológico, social e ao meio ambiente em que vive. Para avaliar seu nível de qualidade de vida serão calculadas as respostas obtidas através do formulário Whoqol. A entrevista acontecerá nos albergues, ruas e serviços FASC.

III-Os desconfortos ou riscos esperados

O(a) Sr.(a) será informado e encaminhado para atendimento na FASC, caso seja detectada alguma alteração, intercorrência ou necessidade durante a pesquisa. Os resultados finais do estudo serão apresentados ao Sistema Único de Assistência Social.

IV-Os benefícios que se pode obter

A sua participação no estudo implica em risco mínimo relacionado a reflexão emotiva ao responder as questões. A pesquisa lhe proporcionará benefícios, pois com base nos resultados serão sugeridas ações de promoção à qualidade de vida para idosos em situação de rua.

V-Os procedimentos alternativos que possam ser vantajosos

É importante ressaltar que riscos existem, embora sejam pequenos. Referem-se principalmente à saúde mental ao refletir questões emotivas respondendo as questões. Este procedimento, no entanto, é importante para a análise da qualidade de vida. Quando necessário, o (a) senhor (a) será encaminhado ao FASC.

VI-Garantia de resposta a qualquer pergunta

O(a) Sr.(a) terá garantia de resposta para qualquer questionamento relativo a pesquisa.

VII- Liberdade de abandonar a pesquisa sem prejuízo para si

O(a) Sr.(a) poderá desistir de participar deste estudo a qualquer momento durante a entrevista, mesmo após já ter participado dos testes, e isso não lhe trará nenhum prejuízo.

Não haverá despesas pessoais para o(a) Sr.(a) em qualquer fase desta pesquisa. Bem como, não haverá compensação financeira relacionada a sua participação.

VIII-Garantia de privacidade

Todas as informações e os resultados destas avaliações serão guardados sob sigilo, resguardando seu anonimato, assim como a ética profissional exige. Os dados e o material coletado serão utilizados somente para fins científicos.

IX- Compromisso com informação atualizada do estudo

Todas as informações atualizadas referentes a pesquisa serão repassadas aos sujeitos do estudo. As pessoas participantes receberão retorno dos resultados da pesquisa através da FASC.

APÊNDICE D – ARTIGO 1

Enviado e aprovado pela revista Kairós (Qualis B3)

**O envelhecimento das pessoas idosas
que vivem em situação de rua na
cidade de Porto Alegre, RS, Brasil**

*Ageing of elderly living in street situation in Porto
Alegre City, RS, Brazil*

*El envejecimiento de las personas mayores que viven
en situación de calle en la ciudad de Porto Alegre,
RS, Brazil*

Carine Magalhães Zanchi de Mattos
Patrícia Krieger Grossi
Cristina Thum Kaefer
Newton Luiz Terra

RESUMO: O aumento da população idosa em situação de rua é um fenômeno atual, que exige reestruturação de programas públicos. Este estudo utiliza método qualitativo de pesquisa, e tem o objetivo de compreender como ocorre o envelhecimento nas ruas. Os resultados mostram as vulnerabilidades de envelhecer diante da exposição ao frio, à fome, à violência e à invisibilidade social.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Envelhecimento; Serviços de saúde para idosos.

ABSTRACT: *The increase in the elderly population in street situation is a current phenomenon that requires restructuring of public programs. This study uses qualitative research method and aims to understand how aging occurs in the streets. The results show the vulnerability of age exposed to cold, hunger, violence and social invisibility. It is a challenge to offer specific services to population with actions that can leverage off the streets.*

Keywords: *Homeless Person; Aging; Health Services for the aged.*

O ENVELHECIMENTO DAS PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE PORTO ALEGRE

AGEING OF ELDERLY LIVING IN STREET SITUATION IN PORTO ALEGRE CITY

RESUMO: O aumento da população idosa em situação de rua é um fenômeno atual, que exige reestruturação de programas públicos. Este estudo utiliza método qualitativo de pesquisa e tem o objetivo de compreender como ocorre o envelhecimento nas ruas. Os resultados mostram as vulnerabilidades de envelhecer ante à exposição ao frio, à fome, à violência e à invisibilidade social.

Palavras-chave: Pessoas em situação de rua; Envelhecimento; Serviços de saúde para idosos.

ABSTRACT: The increase in the elderly population in street situation is a current phenomenon that requires restructuring of public programs. This study uses qualitative research method and aims to understand how aging occurs in the streets. The results show the vulnerability of age exposed to cold, hunger, violence and social invisibility. It is a challenge to offer specific services to population with actions that can leverage off the streets.

Keywords: Homeless Person; Aging; Health Services for the aged.

Introdução

A velhice não é um processo natural, mas, sim, socialmente construído, que comporta variadas experiências. É heterogênea (Debert, 1999) diferente de outras teorias científicas e práticas sociais (Trench & Rosa, 2011), diante da qual especialmente as mulheres se deparam com um acumulado de discriminação e desigualdade estrutural marcada pela obediência e conformismo (Fernandes, 2009).

A população idosa está aumentando em todo o mundo. É necessário o preparo e a organização do mundo para atender a essa mudança demográfica populacional. O fenômeno aparece evidenciado nas pesquisas e censos, fortalecendo a necessidade da abordagem do tema.

No Brasil, entre 2004 e 2014, a proporção de adultos de 30 a 59 anos de idade teve aumento, passando de 35,9% para 40,6%, assim como o número de idosos de 60 anos ou mais de idade, de 9,7% para 13,7%. Informações da Projeção da População por Sexo e Idade, realizada pelo IBGE, divulgada em 2013, mostram a forte tendência de aumento da proporção de idosos na população: em 2030, essa proporção seria de 18,6% e, em 2060, de 33,7%. Os estados com as maiores proporções de idosos foram Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, onde cerca de 1 em cada 6 pessoas tinha 60 anos ou mais de idade, em 2014 (Brasil, 2015).

Interpretando os dados da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (2003) entre os anos de 2000 e 2003, constata-se significativo crescimento de 19,3% da população de rua

(Ghirardi, Lopes, Barros, & Galvani, 2005). Isso demonstra o aumento explosivo dessa população, sendo uma realidade dos grandes centros urbanos brasileiros que desafia as políticas e as práticas de atenção social e de saúde (Silva, & Gutierrez, 2013). Segundo pesquisa realizada em 2007 pela Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC), no município de Porto Alegre, RS, havia 39 pessoas idosas em situação de rua na capital gaúcha, enquanto em 2011 essa população mais do que dobrou, passando para 101 sujeitos (Prefeitura Municipal de Porto Alegre, 2012).

Indo ao encontro dessas pesquisas, este estudo utiliza método qualitativo de pesquisa, observacional, transversal, descritivo e analítico. Foi realizado com 19 pessoas idosas em situação de rua, às quais foi aplicado um formulário, com gravação simultânea das respostas, que posteriormente foram transcritas e analisadas à luz do referencial teórico, e discutidas pela análise de conteúdo de Bardin (2011).

A pesquisa buscou discutir o processo de envelhecimento da pessoa idosa em situação de rua, e teve como objetivos específicos descrever como é a vida das pessoas em situação de rua, como elas vivenciam alterações na saúde, como se dá o envelhecimento nas ruas e quais são os seus planos para o futuro.

O crescente fenômeno do envelhecimento nas ruas desafia a política e a ciência. A necessária ampliação dos estudos desse tema poderá proporcionar meios de conhecimento das necessidades das pessoas idosas nessa situação e subsídios para as políticas públicas voltadas para essa população, visando a uma maior resolutividade de suas demandas. Além disso, o (re)conhecimento da população em geral sobre a existência da pessoa idosa em situação de rua poderá estimular a mudança do olhar estigmatizado e preconceituoso da sociedade, permitindo um tratamento digno e respeitoso, com a consequente inserção dos indivíduos nas estratégias governamentais e políticas públicas.

Metodologia

O artigo tem como objetivo compreender como ocorre o envelhecimento nas ruas para as pessoas idosas em situação de rua. Para tanto, foi utilizada a metodologia qualitativa, observacional, transversal, descritiva e analítica. A amostra deste estudo foram 19 pessoas idosas em situação de rua, participantes do projeto de pesquisa de tese “Qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua de Porto Alegre”, selecionadas por amostragem aleatória simples; o fechamento amostral deu-se por saturação teórica.

O método qualitativo é o mais adequado para esta pesquisa porque preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, como é o caso dos modos de envelhecimento das pessoas em situação de rua. Para Minayo (2001), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (Minayo, 2001).

O estudo entendeu como pessoa em situação de rua as pessoas que referiram fazer da rua sua habitação (temporária, intermitente ou definitiva) e que foram encontradas nas ruas de Porto Alegre, nos abrigos, albergues de acolhimento noturno, convivência diária e demais serviços FASC oferecidos à população de rua, durante o período de coleta de dados da pesquisa, de outubro de 2015 a abril de 2016.

Foram incluídas no estudo pessoas com sessenta anos ou mais, em situação de rua, dos sexos feminino e masculino e em atendimento na FASC, e foram excluídas do estudo pessoas sem condições de responder ao instrumento, ou impossibilitadas de estabelecer comunicação efetiva no momento da pesquisa, devido a estarem dormindo, agressivas ou desorientadas.

Após a autorização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pesquisados, ocorreu a coleta de dados. A coleta de dados se deu através das respostas dos participantes ao formulário e da gravação simultânea dos diálogos. Os dados foram as transcrições das falas desses participantes durante a aplicação do formulário.

A análise dos dados se deu à luz do referencial teórico, e a discussão, pela análise de conteúdo. Para Bardin (2011), a análise de conteúdo se constitui de várias técnicas pelas quais se busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos. Dessa forma, a técnica é composta por procedimentos sistemáticos que proporcionam o levantamento de indicadores (quantitativos ou não), permitindo a inferência de conhecimentos.

Na primeira etapa, foi realizada uma pré-análise com uma leitura geral do material transcrito; em seguida, o material foi codificado com recortes estabelecendo categorias que se diferenciavam. A seguir, as categorias foram agrupadas às unidades de registro de categorias comuns: vulnerabilidade social, familiar e econômica; dor, incapacidade funcional e diminuição da força de trabalho; drogadição, diminuição da visão e audição, incapacidade de trabalho e saúde prejudicada, aposentadoria e falta de respeito com o idoso; e, no último agrupamento, incapacidade de conseguir uma residência, de reatar vínculos e de se sustentar.

Em seguida, foi realizado o agrupamento progressivo das categorias, onde foram identificadas as palavras-chave que deram origem às categorias intermediárias e finais. As

categorias intermediárias foram violência e vivência nas ruas; doenças e inacessibilidade de atendimento em saúde; incapacidade física e econômica; e sonhos e desesperança, resultando nas categorias finais vida, saúde, envelhecimento e planos para o futuro. A terceira fase compreendeu o tratamento de resultados, inferência e interpretação do material (Silva & Fossá, 2013).

Este estudo seguiu a resolução 466/12 (Ministério da Saúde, 2012), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos.

O que é estar em situação de rua?

Pretende-se neste item descrever como é estar em situação de rua, partindo da ótica das pessoas idosas nessa condição. Estar nas ruas tem inúmeras implicações na vida dos sujeitos, tanto pelas vulnerabilidades quanto pelas exposições que vivenciam. Dessa forma, tais questões serão abordadas e contextualizadas teoricamente.

De acordo com a Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004) não define o conceito de vulnerabilidade social. Contudo, destaca que algumas situações de vulnerabilidade podem ser resultantes de “pobreza, privação, ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, intempérie ou calamidade, fragilização de vínculos afetivos e de pertencimento social decorrentes de discriminações etárias, étnicas, de gênero, relacionadas à sexualidade, deficiência, entre outros”, dificultando seu acesso a direitos, e exigindo proteção social do Estado (Almeida, Lopes, Tibyricá, Siqueira, & Graeff, 2016, p. 88).

Existem diferenças entre ficar na rua, estar na rua e ser da rua. Ghirardi *et al.* (2005) dizem que essa variação semântica parece traduzir um movimento de adaptação que vai do transitório ao permanente, num espaço público. Vieira (1992) classifica a população de rua em três categorias, de acordo com o tempo de permanência, como *ficar na rua* (circunstancialmente), *estar na rua* (recentemente), e *ser da rua* (permanentemente).

Ficar na rua diz respeito a situações recentes que levam o indivíduo a não ter onde morar (como desemprego, migração, entre outros). Devido ao curto período em que estão nessa situação, os indivíduos tendem a se amedrontar em ficar de fato nas ruas e procuram lugares (como Albergues, pensões e Centros de Acolhida) onde possam permanecer. Procuram manter os vínculos familiares e projetos de vida, possuindo esperança e vontade de sair da situação de rua. Já a expressão *estar na rua* diz respeito a indivíduos que já permanecem por mais tempo nessa situação. São pessoas que se consideram trabalhadores desempregados, mas ainda assim mantêm seus projetos de vida. O contato com a família ainda existe, apesar de ser menos frequente. Por fim, a expressão *ser da rua* diz respeito a indivíduos que se encontram permanentemente nessa situação, tendo a rua como local de referência (Almeida *et al.*, 2016, p.94).

Ficar na rua é ainda preservar e manter uma rede de relações de suporte. Estar na rua é estruturar progressivamente um novo cotidiano que tem como referencial o espaço público, com seus moradores e usuários. Ser da rua é tornar esse espaço seu cotidiano real, tendo a rua como moradia e local de trabalho, e ir se desvinculando gradativamente das suas redes sociais de suporte e aderindo aos códigos que imperam nas ruas (Andrade, Costa, & Marchetti, 2014).

Dentre as vulnerabilidades a que está sujeita a população de rua, cabe destacar os eventos de violência, como os apresentados no artigo intitulado “*Reflexões bioéticas sobre o processo de envelhecimento e o idoso morador de rua*”, que também destaca as sensações de insegurança e incertezas que essa população vivencia diariamente (Gusmão *et al.*, 2012).

Na fala de D, fica evidenciado o aumento da violência nas ruas:

A rua agora realmente ela tá muito agressiva, a rua não tá como era antigamente, a rua antigamente tu saía dormia e não acontecia tanta coisa, mas agora tu pode morrer. [...] por exemplo, se uma pessoa chega de longe, chega aqui né, vou chegar lá, chega de repente no outro lugar vai dormir na rua ele pode amanhecer morta. (Sujeito D, mulher de 61 anos, entrevista do dia 08 outubro 2015)

Criminalidade e incertezas são elementos que, na maioria das vezes, compõem o cotidiano de muitos homens e mulheres que vivem os seus dias no ambiente de rua. Nesse sentido, uma pesquisa demonstrou o estado de alerta contínuo do sujeito na rua, mesmo quando pretende dormir, e também sua insegurança na presença de outros, o que merece uma reflexão sobre como a violência vem se perpetuando nas ruas (Gutierrez, Silva, Rodrigues, & Andrade, 2009). Quanto à violência, esta é:

um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror. A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos (Chauí, 1999, p.5).

Vivenciar essas fragilidades é muito difícil para a maioria das pessoas idosas em situação de rua, como pode ser observada na fala de Q:

Estar na rua é terrível, terrível é morte. Muito triste, igual a um bicho.
Experiência positiva não tive nenhuma. Tudo é negativo.
As pessoas me veem como uma coisa qualquer.
Eu me sinto muito ruim, quase que um bicho.
(Sujeito Q, mulher de 80 anos, entrevista do dia 07 janeiro 2016)

O Estado deveria garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, assegurando um envelhecimento saudável e digno. Entretanto, a realidade apresentada na fala de Q contrapõe-

se a essa premissa. O Estatuto do Idoso considera a vida como direito individual e social, assim como o envelhecimento, porém é comum a existência de idosos em situação de miserabilidade, desprovidos de proteção capaz de lhes assegurar a manutenção das necessidades básicas de vida (Fernandes, Raizer, & Brêtas, 2007).

Por outro lado, o município oferece alguns serviços de atendimento a pessoas idosas e a pessoas em situação de rua, mas nenhum especializado exclusivamente no atendimento específico à população idosa em situação de rua. Os programas da FASC em Porto Alegre dividem-se em proteção social básica e proteção social especial. A proteção social básica conta com o CADÚnico²⁶ e com 22 CRAS²⁷.

A proteção social especial divide-se em ações de média e de alta complexidade. A média complexidade é um serviço voltado para famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Oferece apoio, orientação e acompanhamento para a superação dessas situações por meio da promoção de direitos, da preservação e do fortalecimento das relações familiares e sociais (Brasil, 2009). Conta com 9 CREAS e serviços de atendimento à pessoa com deficiência, centro dia do idoso e centro POP. A alta complexidade são aqueles serviços que garantem a proteção integral (moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido) para famílias e indivíduos que se encontram em situação de violação de direitos (Brasil, 2009). Conta com os núcleos de acolhimentos, dentre eles quatro instituições de longa permanência (ILPIs), dois albergues e duas casas lares que atendem idosos vulneráveis e também em situação de rua.

Dessa forma, embora o município apresente serviços, ações e políticas voltadas à população em situação de rua e a idosos, ainda há muito a se fazer. O trabalho inter e transdisciplinar é fundamental para atender à demanda de maneira qualificada e resolutiva, fortalecendo a autonomia do sujeito e promovendo condições para sua saída das ruas, bem como para a redução das vulnerabilidades a que estão expostos, como os processos de violência vivenciados. Também há a necessidade de um serviço específico e exclusivo para as pessoas idosas em situação de rua.

Alterações na saúde

²⁶ Centro POP: serviço oferecido pela FASC. É um espaço de referência para o convívio grupal, social e o desenvolvimento de relações de solidariedade, afetividade e respeito. Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua que visa a proporcionar vivências para o alcance da autonomia e estimular a organização, a mobilização e a participação social (MDS, 2011)

²⁷CRAS: centro de referência de assistência social.

Neste item, deseja-se discutir sobre as alterações na saúde percebidas pelas pessoas idosas em situação de rua. O envelhecimento humano inicia-se desde a concepção; por outro lado, as alterações patológicas na saúde aparecem com mais evidências com o passar dos anos, ou seja, na velhice.

O processo de envelhecimento, contínuo e fisiológico, pode tornar-se patológico em situações de sobrecarga do organismo, ou seja, exposição acentuada a condições de vida não saudáveis, como alimentação inadequada, sedentarismo e estresse, suscitando algumas doenças comuns na terceira idade: a diabetes, a hipertensão e a osteoporose, dentre outras (Veras, 2012).

Envelhecer e perceber o processo através do comprometimento das capacidades funcionais é uma realidade apontada pelas pessoas idosas em situação de rua. Essa característica pode ser observada nas seguintes falas:

[...] está doendo o braço direito, eu sou diabético e tenho pressão alta. Esse braço, o direito fica tudo adormecido, formigueiro. Isso me atrapalha, estou todo arrebitado. Tenho dois parafusos na perna direita e duas cirurgias na coluna. (Sujeito P, homem de 62 anos, entrevista do dia 07 janeiro 2016).

Eu tenho asma, eu tenho pressão alta e agora estou sentindo dor no corpo. (Sujeito Q, mulher de 80 anos, entrevista do dia 07 janeiro 2016).

Eu preciso tratamento médico diariamente. Eu tenho problema de coração e não posso forcejar. Não posso trabalhar. Eu tenho problema de coração. Não posso. (Sujeito C, homem de 61 anos, entrevista do dia 09 setembro 2015).

[...] e agora eu tô sem bombinha, né? Vou consultar agora, quinta-feira. Fica pior ainda quando eu subo uma lombo, eu quase morro. Meu coração parece que vai disparar... é horrível, e aí, né, eu não podia mais trabalhar, como é que eu vou... Aí eu fico ruim. Às vezes eu não durmo a noite inteira tossindo, tossindo, tossindo, agora por até que eu tô legal. (Sujeito B, mulher de 61 anos, entrevista do dia 09 setembro 2015).

A minha vida, a minha é boa. Mas o meu companheiro, ele tá com Alzheimer, então ele me complica por isso. Porque ele tá doente também. Então eu. É, eu tenho, na verdade, eu tenho problema no coração, né? Eu faço tratamento. (Sujeito D, mulher de 65 anos, entrevista do dia 08 outubro 2015).

As condições de saúde afetadas por patologias que acometem a terceira idade são evidentes na pesquisa. Como pode ser visto nas falas, alguns sujeitos relatam ser diabéticos, hipertensos ou cardiopatas, além de outros acometimentos, fato que aumenta a vulnerabilidade e os impede de trabalhar e conseguir recursos financeiros para subsistência, dificultando ainda mais sair das ruas e também viver nas ruas.

Outro ponto importante a ser destacado é a implementação da política de saúde para as pessoas em situação de rua. As campanhas do Ministério da Saúde orientam para o atendimento na atenção básica voltado às pessoas em situação de rua, mas o estigma, o contexto social e as condições em que esses sujeitos vivem dificultam o acompanhamento da saúde e o tratamento contínuo das patologias que apresentam.

Dessa forma, as alterações de saúde vivenciadas por pessoas idosas em situação de rua necessitam de maior ênfase nacional em busca de resolutividades. O apoio governamental e a transdisciplinaridade para atender caso a caso são fundamentais para, de acordo com os preceitos do SUS, garantir uma assistência qualificada e contínua, em especial com ênfase na manutenção da saúde e na vida saudável, mesmo que realizadas neste difícil contexto de rua.

Envelhecendo nas ruas

Neste item, iremos debater o processo de envelhecimento nas ruas. Traremos situações vivenciadas nas ruas relacionadas ao processo de envelhecimento e às dificuldades que este traz consigo, como a discriminação.

Conhecer o processo de envelhecimento das pessoas idosas em situação de rua é um desafio para superação do estigma, do preconceito e da discriminação na construção de um novo olhar e de políticas públicas que garantam intervenções que não reproduzam a perversidade. Resistir à discriminação por serem idosos e pobres é um desafio para eles. Ao mesmo tempo, é um compromisso da comunidade ética promover a equidade e a justiça social, assegurando acesso universal aos bens e serviços relativos a programas e políticas sociais, incentivo à diversidade e participação social, comunitária e nacional de grupos discriminados, além de considerar as potencialidades do sujeito e o processo de rualização com olhar interdisciplinar e intersetorial, garantindo os direitos humanos básicos e a inserção/ inclusão dessa população na sociedade (Machado, 2012).

Estar em situação de rua após os 60 anos exige ainda mais habilidades do que antes de ser idoso. O aumento da vulnerabilidade da pessoa idosa em situação de rua fica evidente frente às condições de saúde alteradas pelo envelhecimento, já mencionadas, como a diminuição da capacidade funcional para buscar o sustento e a exposição social das suas fragilidades perante outros grupos.

Na “velhice”, o desejo de sair das ruas e de ter um cuidador aparece evidenciado nos relatos abaixo. A ausência das condições básicas de vida e do cuidador mexem com o pensamento da pessoa idosa que está envelhecendo nas ruas e fica deprimida ao pensar em seu futuro.

Eu tenho depressão. Depressão bastante. Eu sou infeliz. Meus sentidos de visão e audição são muito ruins. Tenho tontura, tontura assim que me coordena, né? Me domina. Eu tenho que pedir uns espaços que eu caio no meio da rua. Já tentei tratamento. Às vezes eu caio e dou com a cabeça, esses dias eu caí e dei com a cabeça no chão, é cruel, sabe? Eu não procuro mais médico, entreguei tudo na mão de Deus,

sabe? Eu sei onde é que tá porque eu sou desviado da igreja. Fiquei doze anos dentro da igreja. Dentro do evangelho. Ah deuzolivre, já passei fome, passei muito frio na rua, sabe? Mas sempre trabalhei, agora eu tô perdendo a potência no trabalho, é a idade, né? Tá chegando. (Sujeito E, homem de 61 anos, entrevista do dia 22 de out de 2015).

Eu vendo isqueiro na rua e sou aposentado por invalidez. O meu dinheiro é menos que um salário mínimo. Estar nessa situação para mim é terrível, dói minha alma, está louco. Cruel, está louco. É horrível. (Sujeito P, homem de 62 anos, entrevista do dia 7 de jan de 2016).

Saúde em primeiro lugar, e até se eu pudesse fazer um trabalhinho eu gostaria de fazer um trabalhinho, tenho vontade. A pior coisa na vida é a gente não fazer nada, se sentir inútil. Porque eu estou vivendo uma vida de cachorro, aliás aqueles cachorrinhos viralatas, que tem cachorro que tem a vida muito boa. No albergue é muito bom e na rua eu procuro ficar sempre junto, onde tem bastante movimento para não ser maltratada. (Sujeito Q, mulher de 80 anos, entrevista do dia 7 de jan de 2016).

Muitas pessoas aqui faltam respeito com velho. Uso maconha de vez em quando, que ajuda a amenizar um pouco a dor que eu sinto. A maconha acalma, ela não prejudica, ela acalma o cara. Não para se chapar, ficar drogado, não, a maconha ajuda, não sendo demais ela não prejudica. Qualidade de vida, se eu tivesse um familiar que me cuidasse estaria. Assim não dá. (Sujeito R, homem de 62 anos, entrevista do dia 7 de jan de 2016).

Conforme o relato do sujeito E, pode-se observar a piora das condições de vida com o envelhecimento. Devido a sua saúde abalada por patologias não tratadas frente à inacessibilidade de um tratamento eficaz dentro do seu contexto de vida, ele relata piora nas suas condições de sobrevivência, afastando ainda mais a possibilidade de obter renda com um trabalho e sair da situação de rua.

Também o fator psicológico e social do trabalho dá sentido à vida, sentido de utilidade para o indivíduo. A falta do trabalho torna-o ser descartável e inútil, ocasionando baixa estima e colaborando para os quadros depressivos com consequentes danos à saúde mental.

Outra questão que aparece nas falas é a vulnerabilidade de gênero. Quando a participante Q menciona a necessidade de ficar em locais movimentados na rua como meio de proteção para não ser violentada e também que o albergue é bom, retrata sua fragilidade enquanto mulher e as alternativas que encontra para se proteger.

O número de mulheres em situação de rua é menor do que o número de homens nessa situação. Conforme o 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre as pessoas em situação de rua realizado no Brasil, 18% eram mulheres e 82% homens (Sagi, 2010). Os dados de um estudo no Canadá revelaram que mulheres em situação de rua, entre 18 e 44 anos de idade, têm entre oito e trinta vezes mais chances de morrer do que as mulheres da mesma faixa etária da população geral. Esse índice cai para, em média, 1,5 vezes mais chance de morrer para mulheres com mais de 44 anos (Cheung, & Hwang, 2004). Isso remete à reflexão sobre o motivo pelo

qual as mulheres estão em menor número nas ruas, sobre o elevado risco de morte e sobre a violência de gênero a que estão expostas, bem como sobre as condições de vida a que se submetem para não estarem em situação de rua.

Vivenciar o processo de envelhecimento nas ruas é uma condição cruel, característica descrita pelas próprias pessoas nessa situação. Embora o governo implemente propostas e políticas voltadas à pessoa idosa e à população em situação de rua, ainda são incipientes as ações efetivas de empoderamento desses sujeitos e de saída dessa condição de rua; além do mais, falta uma política voltada especificamente para o segmento “idoso em situação de rua”.

Planos para o futuro

Para a maior parte dos participantes, pessoas idosas em situação de rua, os planos para o futuro resumem-se a conquistar um lar para morar. Como pode ser visto nos relatos abaixo, é um desejo comum entre os participantes conseguir pagar um aluguel ou uma pensão para “viverem felizes”.

ah...pensando, eu ter a minha casinha de novo, com tudo direitinho dentro, eu gostaria de começar a trabalhar, assim...fazer alguma coisa assim, pra ganhar um dinheirinho. Casa, artesanato. A gente tinha uma professora, a gente aprendeu muita coisa. Mas às vezes, quando eu tô calma e tudo... Quando eu ir pra minha casinha, eu vou começar a fazer umas coisinhas pra ver se dá certo. Pra mim vender...pra ganhar um dinheirinho. (Sujeito B, mulher de 61 anos, entrevista do dia 9 de set de 2015).

Vou fazer um tratamento. Fazer meus documentos e vou me aposentar. Eu quero alugar uma peça, se eu não morrer até lá, se eu morrer também, tenho nada a perder, né? (riso) Dá nada, né? Mas é isso aí, guria. (Sujeito E, homem de 60 anos, entrevista do dia 22 de out de 2015).

Uma casinha onde eu pudesse viver normalmente. Seria maravilhosa, maravilhosa. Porque eu bordo, eu faço crochê, eu faço tricô e a vida seria boa, alugaria uma peça e ficaria muito bem. Aí sim eu seria feliz (Sujeito Q, mulher de 80 anos, entrevista do dia 7 de jan de 2016).

A grande maioria dos participantes deseja obter uma renda por meio de um trabalho ou de uma aposentadoria para adquirir um lar. Também possuem a expectativa de resgatar os vínculos familiares quando puderem garantir seu próprio sustento.

Por outro lado, há uma parcela desses sujeitos desesperançada. Após serem beneficiados por programas sociais que garantem uma renda mensal, deram-se conta de que essa renda é insuficiente para garantir sua própria subsistência e sua saída das ruas.

Para Oliveira (2001, p.133), a “pessoa de rua” sofre a falta de perspectivas de futuro “quando não mais encontra significados fortes que a faça sonhar e fazer projetos de vida, vive

somente no presente”. Alguns usuários de Centros de Acolhida chegaram a declarar que estão ali apenas “esperando a morte chegar” e que percebiam o local que estavam como um “depósito de humanos” (Gusmão *et al.*, 2012).

O passado, o presente e o futuro do idoso em situação de rua estão associados com adversidades e constrangimentos. O passado marcado por um círculo de pobreza reflete a dificuldade de atribuir valores positivos ao presente, e a possibilidade de um futuro melhor esvazia-se (Mattos, & Ferreira, 2005).

Por outro lado, destoando da maioria dos participantes da pesquisa, teve um único sujeito que se declarou feliz pela liberdade que possui estando nas ruas. Seus planos para o futuro são o de ser feliz, continuar livre e de bem com ele mesmo, como pode ser visto na sua declaração:

Para mim não interessa dinheiro, interessa ser feliz, eu quero é curtir a vida, sabe? O que eu ganho é o suficiente para eu sobreviver e tudo vem na mão, o que eu quero? ... que eu não entro em uma loja para comprar uma roupa, quando eu penso em um tênis vem um tênis, quando eu penso em uma calça vem a calça, quando eu penso em uma camisa vem uma camisa, sabe? Claro que quem tem uma família, tem filhos tem que pensar nisso aí, né? Mas para mim não, para mim o ideal é o que eu me sinto bem, feliz dessa maneira.... Porque se eu não fosse realizado eu não estava feliz comigo mesmo, eu estou feliz comigo mesmo (Sujeito S, homem de 60 anos, entrevista do dia 07 janeiro 2016).

Isso demonstra a heterogeneidade e singularidade dos sujeitos idosos em situação de rua. Cada caso deve ser visto e planejado junto à assistência social e às políticas públicas, pois, diferentemente do que a maioria da população pensa, as pessoas idosas em situação de rua não são iguais, homogêneas e com os mesmos planos para o futuro. Esses sujeitos devem ser respeitados, pois diferenciam-se entre si como qualquer outro grupo de pessoas.

Também merece destaque a necessidade de implementar ações que garantam o empoderamento desses sujeitos e sua saída das ruas. Devolver-lhes a dignidade e preservar seus planos para o futuro é alforriar vidas e dar-lhes sentido.

Conclusão

O aumento da população idosa em situação de rua é um fenômeno que merece ser estudado. Ele surgiu em decorrência do aumento da expectativa de vida geral e também alterou o cenário das pessoas em situação de rua, aumentando o número de idosos neste segmento (Schuch, 2012). É uma nova realidade vista nos grandes centros urbanos, necessitando de

pesquisas para que sejam propostas estratégias de enfrentamento a essa situação que afeta inúmeras pessoas idosas.

Envelhecer nas ruas é um processo que pode ser triplamente excludente e também “cruel”, como exposto pelos entrevistados. A exclusão se dá pela própria situação de rua, pelo fato de ser idoso e também, em alguns casos, por ser mulher remetendo à vulnerabilidade de gênero além das demais fragilidades e rompimentos de vínculos familiares, sociais e de emprego, dentre outros. Os relatos dos entrevistados trazem reclamações sobre sua condição física e de saúde, consequência do envelhecimento, que os incapacita para realizar atividades ou trabalhos que pudessem remunerá-los.

Estar em situação de rua para a maioria dos sujeitos caracteriza-se por sofrimento e dor. Eles descrevem as vulnerabilidades a que ficam expostos, principalmente em relação ao frio, à fome, à violência e à invisibilidade de sua existência perante a sociedade.

Vivenciar o processo de envelhecimento nas ruas e a alteração das condições de saúde é muito difícil para eles. A maioria relata que o corpo vai se modificando e a “idade começa a pesar”, ou seja, já não possuem a agilidade e a força necessária para realizar atividades básicas de sobrevivência (como caminhadas extensas e força para trabalhos extras); eles(as) também relatam as inúmeras patologias (cardiopatia, diabetes, hipertensão) que surgiram, aumentando as suas fragilidades.

Relacionando-se a todas as questões já mencionadas, verificou-se que o processo de envelhecer nas ruas pode ocasionar danos à saúde mental dos sujeitos. Conforme alguns relatos, os(as) participantes exprimem sentimentos de tristeza e de depressão ao se perceberem idosos(as); histórias de rompimentos e vulnerabilidades frequentes e sucessivas que vivenciaram ao longo de suas vidas agravam a sua saúde mental.

O resultado de toda essa análise aparece nos relatos sobre os planos futuros que possuem. Por um lado, uma parcela das pessoas idosas em situação de rua tem esperança de conseguir benefício que lhes provenha o sustento, garantindo a volta para um lar e a reconciliação familiar. Por outro lado, a outra parcela desses sujeitos, que já possui o benefício, encontra-se sem esperanças em razão de não ter conseguido sair das ruas ou prover seu próprio sustento, quiçá reconciliar-se com seus laços afetivos familiares.

O envelhecimento das pessoas idosas em situação de rua é um tema que não se esgota aqui. Pelo contrário, devem ser ampliadas as discussões para que possamos implementar estratégias e ações específicas para as pessoas idosas em situação de rua. É necessário diminuir as vulnerabilidades a que estão expostas, bem como garantir-lhes uma vida digna com expectativas futuras através de programas e políticas públicas intersetoriais na área da saúde,

assistência social, habitação, trabalho e educação, a fim de combater os processos de exclusão e atender às reais necessidades dessa população.

Referências

Almeida, S., Lopes, A., Tibyriçá, R. F., Siqueira, R. de C. L., & Graeff, B. (2016). Idosos em situação de rua e demandas judiciais: estudo exploratório e pistas para investigação gerontológica. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(22, número especial “Envelhecimento e Velhice”), pp. 85-108. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Andrade, L. P., Costa, S.L., & Marchetti. (2014). A rua tem um ímã, acho que é a liberdade: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. *Saúde Soc*, 23(4), pp.1248-1261, São Paulo.

Bardin, Laurence. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 229 p.

Brasil. (2015). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro.

Brasil. (2009). Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004. Norma Operacional Básica NOB/SUAS. (Edição reimpressa) Brasília, novembro de 2005. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social.

Chauí, M. (1999, 14 março). Uma Ideologia Perversa. *Folha de São Paulo*, São Paulo, Caderno Mais!, p. 3.

Cheung, A. M., & Hwang, S. W. (2004). Risk of death among homeless woman: a cohort study and review of the literature. *CMAJ*, 170(4), pp. 1243-1247. Recuperado em 17 abril 2017, de: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15078846>>.

Debert, G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: Edusp.

Fernandes, M.G. (2009). Problematizando o corpo e a sexualidade de mulheres idosas: o olhar de gênero e geração. *Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro UERJ, 17(3), p. 419.

Fernandes, F.S.L., Raizer, M.V., & Brêtas, A.C.P. (2007). Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(número especial). Recuperado em 03 maio 2016, de: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>.

Fundação Instituto de Pesquisas Econômica. (2003). *Censo dos Moradores de Rua*. São Paulo.

Ghirardi, M. I. G., Lopes, S. R., Barros, D.D., & Galvani, D. (2005). Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 9(18), pp. 601-610.

Gusmão, B. da S., Leite, K.L.Y., Monteiro, L., Umeno, M.B., Pessutti, M.S., Santos, Q.S., Batista, S.C., & Falcão, D.V. da S. (2012). Idoso em Situação de Rua e Vivência em Centros de Acolhida: Uma Revisão de Literatura. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), “Vulnerabilidade/Envelhecimento e Velhice: Aspectos Biopsicossociais”, pp.313-331. Online ISSN 2176-901X. Print ISSN 1516-2567. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-SP

Gutierrez, B.A.O., Silva, H.S.S., Rodrigues, P.H., & Andrade, T.B. (2009). Reflexões Bioéticas sobre o processo de envelhecimento e o idoso morador de rua. *Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento*, 14(2), pp. 187-205, Porto Alegre, RS.

Machado, S. A. (2012) *O processo de rualização e o sistema único de assistência social/SUAS: uma interlocução necessária entre proteção social básica e proteção social especial*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-PUCRS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Mattos, R.M., & Ferreira, R.F. (2005). O idoso em situação de rua: Sísifo revisitado. *Estudos de Psicologia*, 1(22), pp. 23-32, Campinas, SP.

Minayo, M. C. S. (Org.). (2001). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

Oliveira, J.L. (2001) *A vida cotidiana do idoso morador de rua: as estratégias de sobrevivência da infância a velhice - um círculo de pobreza a ser rompido*. Dissertação de mestrado em Serviço Social, Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Prefeitura Municipal de Porto Alegre e Fundação de Assistência Social e Cidadania. (2012). *Cadastro da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre*. Relatório final. Recuperado em 10 setembro 2014, de: <[http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar\[1\].pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/relatorio_final_fasc19mar[1].pdf)>.

Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução 466/12*. Recuperado em 20 fevereiro 2014, de: <<http://conselho.saude.gov.br/.../reso466.pdf>>.

Sagi. Secretaria de avaliação e gestão da informação. (2010). *1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Júnia Quiroga. Diretora do Departamento de Avaliação (DA/SAGI/MDS). Seminário Nacional sobre Direitos e Garantias da População em Situação de Rua. Mesa: Perfil da População em Situação de Rua. Brasília.

Schuch, Patrice. (2012). *A Rua em Movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre*. Monografia de Graduação em Serviço Social da PUCRS. FASC- Fundação de Assistência Social e Cidadania da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Silva, A.H., & Fossá, M.I.T. (2013). *Análise de Conteúdo: Exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos*. Apresentada em IV Encontro de ensino e pesquisa em administração e contabilidade. Brasília/DF.

Silva, H.S., & Gutierrez, B.A.O. (2013). Dimensões da Qualidade de Vida de Idosos Moradores de Rua do Município de São Paulo. *Saúde Soc.* 22(1), pp.148-159. Recuperado em 20 agosto 2014, de: < <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-12902013000100014>>.

Trench, B., & Rosa, T. E. da C. (2011). *Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. São Paulo: Instituto de Saúde. 290p.

Veras, R.P. (2012). Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Rev. Saúde Pública*, 46(6), pp. 929-934, São Paulo.

Vieira, M. A. C. (1992). A rua como alternativa de moradia e sobrevivência. *Travessia*, 14, pp. 10-13.

1. Carine Magalhães Zanchi de Mattos. Docente na Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: carinezanchi@gmail.com

2. Patrícia Krieger Grossi. Doutora em Serviço Social pela Universidade de Toronto – Canadá. Docente do Programa de Graduação e de Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS. Docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência, Ética e Direitos Humanos – NEPEVEDH. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Violência – NEPEVI. Pesquisadora Produtividade do CNPq. E-mail: pkgrossi@puers.br

3. Cristina Thum Kaefer. Docente na Graduação em Enfermagem. Doutoranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: crthumenf@ig.com.br

4. Newton Luiz Terra. Doutor em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2003). Coordenador dos cursos de especialização em Geriatria Clínica e Preventiva e diretor do IGG-PUCRS. E-mail: terranl@puers.br

APÊNDICE E – ARTIGO 2

Enviado para revista Estudos Interdisciplinares do envelhecimento humano (Qualis B1).
Aguarda avaliação.

24082017 Submissões Ativas

ESTUDOS INTERDISCIPLINARES SOBRE O ENVELHECIMENTO

[CAPA](#) [SOBRE](#) [PÁGINA DO USUÁRIO](#) [PESQUISA](#) [ATUAL](#)
[ANTERIORES](#) [NOTÍCIAS](#)

[Capa](#) > [Usuário](#) > [Autor](#) > [Submissões Ativas](#)

SUBMISSÕES ATIVAS

ATIVO	ARQUIVO					
ID	MÊS DO ENVIADO	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO	
72865	24-04	ART	de matos, Grossi, Kaefer, Terra	POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: CONQUISTAS E...	EM AVALIAÇÃO	

1 a 1 de 1 itens

INICIAR NOVA SUBMISSÃO

CLIQUE AQUI para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. ISSN: 1517-2473 (impresso) e 2316-2171 (eletrônico)
Qualis Capes 2013, área interdisciplinar: B1

Ajuda do sistema

USUÁRIO
Logado como: **carlenciana**
Meus perfis de usuário
Perfil
Sair do sistema

CONTEÚDO DA REVISTA

Escopo da busca

Procurar
Por Edição
Por Autor
Por título
Outras revistas

TAMANHO DE FONTE

INFORMAÇÕES
Para leitores
Para Autores
Para DB-Entrevistas

POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DE SAÚDE: CONQUISTAS E DESAFIOS
RELACIONADOS ÀS PESSOAS IDOSAS QUE VIVEM EM SITUAÇÃO DE RUA.

POLICY NATIONAL HEALTH PROMOTION: ACHIEVEMENTS AND CHALLENGES
RELATED TO THE ELDERLY LIVING IN STREET SITUATION.

MATTOS¹, Carine Magalhães Zanchi de,
GROSSI², Patrícia Krieger,

RESUMO

A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), que comemorou dez anos em 2016, propôs objetivos e metas para promoção da saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida da população. O processo de envelhecimento das pessoas que vivem em situação de rua é um desafio para a PNPS, já que estas encontram-se em vulnerabilidade socioeconômica. Este estudo tem como objetivos descrever as conquistas e desafios da PNPS e despertar a reflexão da sociedade sobre o envelhecimento de pessoas em situação de rua, contribuindo para as políticas públicas sobre essa realidade. O método utilizado é qualitativo descritivo, cuja população foi composta por 19 pessoas idosas em situação de rua, em Porto Alegre (RS), atendidas pela Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC). A Política Nacional de Promoção da Saúde promoveu avanços da assistência em saúde para a população geral. Diferentemente do antigo modelo biomédico, que era centrado na cura e não na prevenção, essa política fundamentou-se em promoção de hábitos saudáveis, no entanto, para a população idosa em situação de rua, são mais complexas as ações capazes de interferir em sua realidade e promover a saúde. Um exemplo positivo foi a Lei N °11.258/05, que orienta a criação de programas destinados às pessoas em situação de rua, visando a reduzir a vulnerabilidade destas, fomentar o acesso à saúde e possibilitar a inclusão social, embora ainda com ações e divulgação

1 Graduada em Enfermagem. Mestra em Educação pela Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Doutoranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). E-mail: carinezanchi@gmail.com

2 Graduada em Serviço Social. Doutora em Serviço Social pela Universidade de Toronto – Canadá. Docente do Programa de Graduação e de Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS. Docente do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência, Ética e Direitos Humanos – NEPEVEDH. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Violência – NEPEVI. Pesquisadora Produtividade do CNPq. E-mail: pkgrossi@pucrs.br

incipiente. Porém, apesar de importantes conquistas, ainda há o grande desafio de garantir o exercício dos direitos fundamentais para esta população, como o acesso à saúde, saneamento básico, habitação, emprego, escola e outros.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas em situação de rua. Assistência a idosos. Política pública. Serviços de saúde para idosos.

ABSTRACT

The National Health Promotion Policy (PNPS) celebrated ten years in 2016, proposed goals and goals for health promotion, in order to improve the quality of life of the population. The aging process of people living in a street situation is a challenge for the PNPS, since these are in socio-economic vulnerability. This study aims to describe the achievements and challenges of the PNPS, with the perspective of raising society's reflection about the aging of people living on the streets, and thus contributing to public policies on this reality. The method used is descriptive qualitative, whose population was composed of 19 elderly people in a street situation, in the state capital, attended by the Foundation of Social Assistance and Citizenship (FASC). There have been numerous advances in social and health policies for the street population (PSR) in the last decade, such as Law No. 11,258 / 05, which guides the creation of programs for street people. However, despite these important achievements, there is still the great challenge of guaranteeing the exercise of fundamental rights for this population

KEY WORDS: Homeless persons. Old age assistance. Public policy. Health services for the aged.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (doravante PNPS) visou a organizar estudos e pesquisas para identificar, analisar e avaliar as ações promovidas em seus primeiros dez anos de existência (de 2006 a 2016). Ela propôs objetivos e metas para promoção da saúde, a fim de melhorar a qualidade de vida da população em geral.

A elaboração da PNPS foi oportuna, posto que seu processo de construção e de implantação/implementação – nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário e os demais setores das políticas públicas e da sociedade – provoca a mudança no trabalho em saúde (BRASIL,2010). Passados dez anos da implementação da PNPS, podem-se destacar algumas efetivações de suas ações como: divulgação e implementação da PNPS; alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo;

redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável.

Considerando que a população idosa em situação de rua vem crescendo progressivamente em consequência da transição da pirâmide populacional por idade (redução da taxa de natalidade e evolução das tecnologias que propiciam aumento da expectativa de vida) e do aumento da população em situação de rua nos grandes centros urbanos (resultantes da crise econômica e das desigualdades sociais), ações de promoção da saúde voltadas para essa população são imprescindíveis. A divulgação e o financiamento de ações que visam à redução de danos e tratamentos para dependência química através dos consultórios de rua, centros de atenção psicossocial (CAPS) e internações, bem como extensa divulgação da cultura de paz com a prevenção e detecção precoce da violência, com equipe de apoio e demais políticas públicas complementares, foram ações positivas implementadas para essa população, embora ainda incipientes.

No âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), podem-se destacar inúmeras normativas. Dentre elas, a Lei nº11.258/05 (BRASIL, 2005), que orienta a criação de programas destinados às pessoas em situação de rua; o Decreto s/nº/06 (BRASIL, 2006a), destinado a elaborar estudos e propostas para inclusão social da PSR; a Portaria MDS Nº381/06 (BRASIL, 2006b), que assegura recursos do cofinanciamento federal; o Decreto Nº 7.053/09 (BRASIL, 2009), que institui Política Nacional para PSR; a inclusão de pessoas em situação de rua no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CADUNICO). A interlocução entre o SUS e o SUAS se faz importante para prestar uma assistência qualitativa ao sujeito. A oferta do consultório de rua como modalidade de atenção básica e o treinamento e sensibilização das equipes da atenção básicas de saúde para atender à pessoa idosa em situação de rua foram fundamentais para promoção da saúde na rede básica (BRASIL, 2014).

A realidade das pessoas em situação de rua dos grandes centros urbanos brasileiros aparece como uma crescente demanda de pessoas nessa condição, que desafiam as políticas e as práticas de atenção social e de saúde. Somente em Porto Alegre, 1.758 pessoas estão em situação de rua (FASC, 2016); no município de São Paulo, 13.666 pessoas estavam nessa condição no ano de 2010 (SILVA, GUTIERREZ, 2013). Essa situação apresenta-se como uma crescente demanda populacional em situação de rua, com poucos sujeitos que conseguiram sair dessa condição crônica de pobreza absoluta.

Varanda e Adorno (2004, p.5) descrevem a população em situação de rua como:

todas as pessoas que não têm moradia e que pernoitam nos logradouros da cidade – praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viadutos – ou casarões abandonados, mocós, cemitérios, carcaças de veículos, terrenos baldios ou depósitos de papelão e sucata. (...) aquelas pessoas, ou famílias, que, também sem moradia, pernoitam em albergues ou abrigos, sejam eles mantidos pelo poder público ou privados.

A política para pessoas em situação de rua incentivou a implantação de medidas que visam à redução de danos. Dentre elas, podem-se mencionar os programas de saúde para uma alimentação saudável, para o combate do tabagismo e do alcoolismo e para a participação social. A contagem oficial da população em situação de rua, que ocorrerá no censo de 2020, foi alcançada através da reivindicação durante a participação social dessa população nos fóruns voltados a ela.

Por outro lado, segundo Fernandes, Raizer e Brêtas (2007), o desafio é preencher a lacuna na literatura sobre o tema envelhecimento da população em situação de rua, visto que faltam maior contextualização, dados sócios demográficos e estudos sobre esse fenômeno social. Para os autores, Fernandes, Raizer e Brêtas (2007), trata-se de um fenômeno que merece ser estudado por trazer embutido nele problemas importantes como a reinserção social, o desemprego estrutural e a reconstrução social, que desafiam os objetivos da política, devido às complexas dificuldades de um contexto amplo e variado.

Morar nas ruas durante a velhice implica exposição à violência e à criminalidade, aumento de morbidade, acesso precário a serviços sociais e de saúde e baixa expectativa de vida, realidade que se opõe à qualidade de vida proposta pela PNPS (SCHRÖDER-BUTTERFILL, MARIANTI, 2006).

Refletir sobre a condição de vida da população idosa em situação de rua estimula a mudança do olhar estigmatizado e preconceituoso. Inserir cada vez mais a população idosa em situação de rua nas estratégias e nas políticas públicas é tratá-la com dignidade e respeito, sendo este um desafio político e científico para efetivar a promoção da saúde proposta pela PNPS.

Este artigo pretende descrever as conquistas e os novos desafios da Política Nacional de Promoção da Saúde com o referido segmento populacional. Tem como objetivos relatar as conquistas através de leis e programas implantados, transcrever os relatos dos próprios sujeitos idosos em situação de rua sobre sua condição de vida e analisar os novos desafios para o alcance de uma melhor qualidade de vida para essa população através da PNPS.

2 MÉTODOS

Este estudo utiliza método qualitativo de pesquisa, observacional, transversal, descritivo e analítico. Foi definido por amostragem aleatória simples, e o fechamento amostral, por saturação teórica.

O estudo entendeu como pessoa em situação de rua as pessoas que declararam fazer da rua a sua habitação, seja temporária, intermitente ou definitiva, encontradas nas ruas de Porto Alegre, nos abrigos, albergues de acolhimento noturno, convivência diária e demais serviços oferecidos à população de rua pelo município por meio da FASC, durante o período de coleta de dados da pesquisa, de outubro de 2015 a janeiro de 2016.

A amostra do estudo foi constituída por dezenove idosos com sessenta anos ou mais, que estavam em situação de rua e que tinham vínculo com os atendimentos da FASC. Desses idosos, seis estavam em albergues, três nas ruas, cinco no lar do idoso e cinco nos abrigos. Quatro eram do sexo feminino e quinze do sexo masculino. Quanto à faixa etária, a maioria (13) eram sexagenários, três septuagenários e três eram idosos longevos.

Foram excluídas do estudo pessoas sem condições de responder ao instrumento ou impossibilitadas de estabelecer comunicação efetiva no momento da pesquisa, como, por exemplo, aquelas que não conseguiram estabelecer diálogo, estavam dormindo, agressivas ou desorientadas.

A coleta de dados ocorreu através das respostas dos sujeitos da pesquisa ao formulário e da gravação integral dos diálogos. A análise dos dados deu-se pela transcrição das falas dos sujeitos, à luz do referencial teórico da análise textual discursiva de Bardin (2004).

Este estudo segue a resolução 466/12 (BRASIL, 2012c) do Conselho Nacional de Saúde (CNS)/ Ministério da Saúde (MS), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos. Os participantes foram identificados com letras do alfabeto brasileiro de A a S, sendo sequenciados conforme participação da pesquisa. A pesquisa foi realizada sob CAEE nº 46772315.0.0000.5356.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde teve como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010). Apresentamos a seguir uma breve análise de sua aplicação e desenvolvimento com foco na população idosa em situação de rua na cidade de Porto Alegre.

3.1 CONQUISTAS E DESAFIOS

A promoção da saúde enfatiza a modificação das condições de vida e de trabalho, demandando uma abordagem intersetorial. Ademais, aponta na direção da transformação dos processos individuais de tomada de decisão, para que estes sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde (BRASIL, 2006). Diante do conceito de promoção da saúde e dos objetivos da Política, questiona-se como garantir promoção da saúde para um grupo de sujeitos com pouca visibilidade e muitas necessidades, como as pessoas idosas em situação de rua.

Um marco no reconhecimento dessa população foi a instituição da Política Nacional para a População em Situação de Rua e do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da População em Situação de Rua. Dentre os objetivos da Política, pode-se destacar a garantia ao acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as políticas públicas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda (BRASIL, 2014).

Por exemplo, na política pública de educação, ainda há o desafio de garantir o acesso para que as pessoas mais vulneráveis consigam ir à escola e manter-se nela. A maior parte das pessoas idosas em situação de rua tem apenas o ensino fundamental incompleto. Em uma outra investigação com a população em situação de rua, em relação à formação escolar, revelou-se que 74% dos entrevistados sabiam ler e escrever; 17,1% não sabiam escrever; 8,3% apenas assinavam o próprio nome; e a imensa maioria (95%) não estudava (BRASIL, 2012a). Esses dados comprovam que embora a PNPSR vise a assegurar o acesso à educação, a realidade ainda está distante de garanti-lo.

Outro exemplo: deveria haver a garantia do acesso ao Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social (BPC) pela população mais vulnerável, aqueles em situação de rua. Para a maior parte dos investigados não foi possível efetivar esse direito, como pode ser observado nos relatos abaixo:

“Porque a minha, a minha aposentadoria eu já tentei a primeira, segunda, terceira e a quarta que não deu. Aí eu ia na igreja ali embaixo, na igreja ali. Ali tem uma advogada, aí foi pra, uma advogada pegou o caso ali.” (Sujeito C)

“Eu não podia mais trabalhar e ficaram de arrumar um benefício para mim. Eu não precisava trabalhar mais, eles iam arrumar aposentadoria para mim, benefício.”(Sujeito M)

Segundo Neri (2007), na realidade brasileira, a chegada da velhice é um marco para a presença da aposentadoria. Esse fato culmina, na maioria das vezes, em perdas financeiras e materiais e dificuldade de aquisição de bens. Para as pessoas em situação socioeconômica vulnerável, o quadro se agrava ainda mais quando não lhes é garantido esse direito.

Sendo assim, a oportunidade de promover a autonomia e a liberdade a essa população através de recurso financeiro, que seria a aposentadoria ou algum tipo de benefício, foi uma das conquistas do SUAS, que, articulado com o SUS e incentivado pela PNPS, procura garantir a melhora na condição de vida e na saúde desses sujeitos através do Benefício de Prestação Continuada.

O Benefício de Prestação Continuada é um dos benefícios instituídos pelo SUAS (Brasil, 2004). Ele é um tipo de auxílio mensal equivalente a um salário mínimo que o INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) proporciona aos idosos com 65 anos ou mais, pessoas com deficiência e incapacitadas para o trabalho. É um direito estabelecido diretamente na Constituição Federal e posteriormente regulamentado a partir da Lei Orgânica da Assistência Social (BRASIL, 2014).

Outro direito de todo cidadão é a habitação. O programa federal “Minha casa minha vida” deve reservar no mínimo 3% de suas cotas para idosos (BRASIL, 2014a); no entanto, as pessoas idosas em situação de rua ainda encontram dificuldades para efetivar esse direito. Dessa forma, a maior parte dessa população, em Porto Alegre, conta com os serviços de acolhimento ofertados pela FASC por meio do SUAS. Entre os serviços, pode-se destacar o Lar do Idoso, que acolhe 24 idosos que estavam em situação de rua; os abrigos, que acolhem temporariamente aqueles idosos mais fragilizados, que por questões de saúde necessitam desse amparo; os albergues, que oferecem o pernoite; e os centros POPs (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), que realizam atividades artesanais durante o dia.

Ofertar para as pessoas idosas em situação de rua a segurança, o esporte, o lazer, o trabalho e a renda, ainda é um grande desafio da PNPS. Considerando que todos esses direitos, se garantidos, colaboram para a promoção de saúde, conforme a PNPS, a falta deles prejudica a qualidade de vida e a saúde dos indivíduos.

A violência ocorre cada vez mais nas ruas, colaborando com a violação do direito de segurança dos cidadãos. As consequências da restrição do direito de segurança são imensuráveis e acometem a saúde física e mental dos sujeitos, podendo levar a um desfecho fatal e fragilizando ainda mais a pessoa idosa em situação de rua, que já está vulnerável.

“A rua agora realmente ela está muito agressiva, a rua não tá como era antigamente, a rua antigamente tu saía dormia e não acontecia tanta coisa, mas agora tu pode morrer.” (Sujeito D)

Na tentativa de garantir os direitos cidadãos às pessoas em situação de rua, foi instituído o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a população em situação de rua. O comitê constitui um espaço de diálogo com os representantes da sociedade civil e os representantes de diversos setores do Estado. Ele tem entre as suas atribuições: acompanhar e monitorar o desenvolvimento da Política Nacional para a população em situação de rua; propor medidas que assegurem a articulação intersetorial das políticas públicas federais para o atendimento da população em situação de rua; propor formas e mecanismos para a divulgação da Política Nacional para a população em situação de rua; acompanhar os estados, o Distrito Federal e os municípios na implementação da Política Nacional da População em Situação de Rua, em âmbito local; e elaborar planos de ação periódicos com o detalhamento das estratégias de implementação da Política Nacional para a População em Situação de Rua, especialmente quanto a metas, objetivos e responsabilidades. É importante destacar que as políticas públicas direcionadas a essa população devem ser intersetoriais para terem maior chance de sucesso, ou seja, é fundamental que estejam articuladas com as de Assistência Social (BRASIL,2014).

Para a participante L, é importante compor o comitê, porém ela não possui condições de transporte para atuar efetivamente. Por isso, ao mesmo tempo em que o comitê foi uma conquista, também é um desafio oferecer condições financeiras e culturais para que ocorra a participação efetiva da população em situação de rua, como pode ser observado no relato abaixo:

“Eu componho o comitê das pessoas em situação de rua na Secretaria de Direitos Humanos, fomos nomeados um grupo pelo prefeito. Mas pela distância que eu estou aqui nem pude mais comparecer às reuniões do comitê. Então seria uma atividade extra daqui que eu faria com bom empenho, se fosse possível. É importante! Mas por enquanto não tenho condições financeiras para ir até lá.” (Sujeito L)

A criação do Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento dá-se pelo Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2012a), que também institui a Política Nacional para a população em situação de rua. O Comitê exerce importante papel representando a população em situação de rua, no entanto, ainda é um desafio o acesso ao exercício desse direito, bem como ao conhecimento da existência deste e dos demais serviços ofertados pelo Sistema Único de Assistência Social(SUAS), como observado abaixo:

Tenho o CADÚNICO mas não tá adiantando nada.
 Não sei se eu entendi direito esse negócio da bolsa família.
 Tenho cadastro, tenho tudo mas não adianta nada.
 Só tenho a inscrição, não tenho benefício nenhum.” (Sujeito B)

Não sei o que é o CADÚNICO.
 Eu tenho o meu cartão do bolsa família, que eu recebo.
 Sou cadastrada, fiz uma vez o cadastro no CRAS.(Sujeito C)

As pessoas idosas em situação de rua descrevem acima que possuem o cadastro no CADÚNICO, porém não reconhecem sua função e nem seus direitos. É por isso que se segue a ampliação da divulgação do serviço de forma que colabore para a melhoria da qualidade de vida desses sujeitos, vindo ao encontro dos objetivos da PNPS e da garantia dos direitos fundamentais.

Outro passo importante foi a publicação do Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da PSR por meio da Resolução N° 2, de 27 de fevereiro de 2013 (BRASIL, 2014). Essa Resolução define as diretrizes e estratégias de orientação para o processo de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde com foco na população em situação de rua no âmbito do SUS. Os objetivos gerais definidos no Plano são: garantir o acesso da população em situação de rua às ações e aos serviços de saúde; reduzir os riscos à saúde decorrentes dos processos de trabalho na rua e das condições de vida; e melhorar os indicadores de saúde e da qualidade de vida da população em situação de rua.

Para Ploeg et al (2008), os moradores de rua com idade superior a 50 anos representam a população que possui piores condições de saúde, maior consumo de drogas e maior acesso aos equipamentos de assistência social e de saúde. Os relatos abaixo referem-se ao direito da assistência à saúde:

Quando preciso de médico, vou sozinho. O acesso é muito bom! (Sujeito B)

Estou muito satisfeito com o acesso ao serviço de saúde. (Sujeito E)

[...]aqui é só chegar no posto e ser atendido, é bom. Só o que a gente não gosta é da demora. (Sujeito C)

Embora segundo as falas descritas acima os sistemas de saúde tenham acolhido positivamente essas pessoas idosas em situação de rua, cabe ressaltar que são as com melhores condições de vida dentre as pessoas em situação de rua, pois estão na Casa Lar do Idoso, onde possuem atendimento em tempo integral e assistência completa. Esse fato difere ao abordar as pessoas que ficam diretamente nas ruas, com exceção daquelas atendidas pelo consultório de

rua, que também se sentem satisfeitas com o serviço, porque declaram que lá são entendidas e não são discriminadas.

As estratégias para promoção da saúde da população em situação de rua foram definidas no Plano Operativo para Implementação de Ações em Saúde da PSR e estão divididas em cinco eixos (BRASIL, 2014). O primeiro eixo descreve ações para a inclusão dessa população no escopo das redes de atenção à saúde, por meio de ações pactuadas, tais como: a implantação das equipes de Consultórios na Rua; a garantia de acesso à atenção domiciliar em espaços de acolhimento institucional; a capacitação das equipes da urgência e emergência para atendimento dessa população; e a inclusão dessa população no escopo das políticas de atenção à saúde para grupos específicos, como observado no relato abaixo:

“Agora eu achei uma coisa muito interessante que é o postinho que atende a gente de rua, eles atendem muito bem. Já o posto XX trata mal as pessoas.” (Sujeito D)

O segundo eixo consiste em ações para promoção e vigilância em saúde, como intensificar a busca ativa e os tratamentos supervisionados para o controle de doenças infecciosas; controlar e reduzir a incidência de tuberculose, DST/AIDS e outros agravos recorrentes nessa população; e propor para pactuação na Comissão Intergestores Tripartite estratégias que garantam o acesso dessa população às vacinas disponíveis no SUS (BRASIL,2014).

A hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outras, são agravos comuns presentes na população de rua. Em virtude dos hábitos de vida, com elevada prevalência de tabagismo, alimentação inadequada etc., tais doenças podem se apresentar em idade mais precoce do que costuma se apresentar na população em geral. O ótimo controle desses problemas pode ser bem difícil, devido à ausência de abrigo estável, à impossibilidade de selecionar a própria dieta e às dificuldades para armazenarem e tomarem medicamentos nos horários certos (BRASIL,2012a).

O terceiro eixo trata da educação permanente em saúde na abordagem da saúde da população em situação de rua (BRASIL, 2014). As ações definidas nesse eixo são: capacitação e sensibilização de profissionais de saúde para atendimento da população em situação de rua; inserção da temática população em situação de rua no Módulo de Educação a Distância para cursos de formação voltados para profissionais de saúde; fomento de pesquisas com foco na saúde da população em situação de rua; e elaboração de material que informe a população em situação de rua sobre o SUS e as redes de atenção à saúde.

Infelizmente, a principal porta de entrada das pessoas em situação de rua no SUS são os serviços de urgência e emergência, quando condições crônicas culminam em quadros agudos (BRASIL, 2012a). A criação de vínculos com esse grupo social, respeitando sua autonomia e direito de escolha e evitando juízos morais, é um desafio possível para trabalhadores de saúde. Para tanto, o ponto de partida é o treinamento do olhar profissional, que deve enxergar as pessoas na calçada como portadoras dos direitos de um cidadão brasileiro, nada mais e nada menos.

O fortalecimento da participação e do controle social é o objetivo do quarto eixo. Apoiar a formação e sensibilização de lideranças do Movimento Social da População de Rua; articular e fomentar com gestores estaduais e municipais a capacitação de conselheiros de saúde sobre a temática saúde da população em situação de rua, com participação do Movimento Nacional da População de Rua e entidades ligadas ao tema; produzir e publicar material sobre saúde da população em situação de rua destinado a gestores e a profissionais de saúde; apoiar encontros regionais sobre saúde da população em situação de rua; e instituir Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua ou referência técnica nas instâncias estaduais e municipais são as ações propostas (BRASIL, 2014).

O quinto eixo refere-se ao monitoramento e avaliação das ações de saúde para a população em situação de rua. Esse eixo ocupa-se de monitorar e avaliar as ações que foram pactuadas, considerando as prioridades e metas dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde. É com base nesse Plano Operativo que o Ministério da Saúde atua na promoção da atenção à saúde das pessoas em situação de rua.

Nesse sentido, podemos registrar avanços significativos, como a ampliação do Programa Consultório na Rua (CnaR), que tem suas diretrizes de organização e funcionamento definidas pela Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL, 2011), e pela Portaria N° 123, de 25 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b). Dados de março de 2014 apontam que 114 equipes de Consultório na/de Rua estão em funcionamento. É importante também observar que o atendimento à população em situação de rua não é exclusivo do Consultório na Rua (CnaR); se necessário, o CnaR fará os devidos encaminhamentos (BRASIL, 2004). O Consultório na Rua não é a única porta de entrada da população em situação de rua no SUS. O seu acesso também pode se dar por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), principalmente nos municípios onde não houver Consultório na Rua (BRASIL, 2014).

Serviços oferecidos por albergues e instituições que atendem aos moradores de rua poderiam incluir equipes multidisciplinares, atendendo aos casos de abuso de substâncias, como

álcool e drogas ilícitas, e incluindo serviços que favoreçam o acesso aos benefícios assistenciais, referem Garibaldi et al (2015). Essas medidas promoveriam a emancipação financeira, a requalificação e inserção profissional e o exercício da autonomia. Ao mesmo tempo, poderiam ser facilitadoras para o fortalecimento dos relacionamentos familiares e engajamento desses indivíduos em programas educacionais e de formação profissional.

4 CONCLUSÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi um novo modelo de gestão em saúde, instituída há mais de dez anos. Ela substituiu o modelo biomédico, mudando o foco para a condição de vida das pessoas, o contexto que as envolve e a melhora da qualidade de vida.

Investir antes de as pessoas ficarem doentes é agir, pensar e intervir precocemente no campo da promoção de saúde. Considerando as estatísticas sobre o envelhecimento da população brasileira, temos que garantir que esse envelhecimento seja saudável e livre de incapacidades, promovendo uma boa alimentação, atividade física e combate ao tabagismo e alcoolismo.

Promover saúde quando não há acesso aos fatores determinantes desta mesma saúde é um desafio para as políticas públicas. É preciso articular-se e transcender entre os mais variados setores para promover o acesso da população idosa em situação de rua à educação, à moradia, ao lazer, ao trabalho, à renda e aos direitos fundamentais

Os resultados do estudo revelam que, dentre os pontos positivos da PNPS, está o acesso ao consultório de rua e aos fóruns direcionados à população em situação de rua. Entre os desafios, está a melhora dos condicionantes de qualidade de vida, como a maior escolarização, maior protagonismo, aumento do número de beneficiados pelo Benefício de Prestação Continuada, melhora da renda financeira e do acolhimento para a população em situação de rua.

Apesar de decorridos dez anos da implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, o estudo demonstra que ainda há muito a ser feito com relação à população mais vulnerável, como as pessoas idosas em situação de rua. A privação de seus direitos fundamentais ainda acontece e deve ser banida através de ações intersetoriais e da efetivação e divulgação maior das políticas já existentes para essa população.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. *Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília, Novembro 2005.

_____. *Lei Nº 11.258/05 que orienta criar programas destinados às pessoas em situação de rua*. 2005. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11258.htm>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. *Portaria MDS Nº 381/06 assegura Recursos do Cofinanciamento Federal*. 2006. Disponível em:< <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=197396> >. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. *Decreto s/nº /06 para elaborar estudos e propostas para inclusão social da PSR*. 2006a. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Dnn/Dnn11024.htm>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2006b.

_____. *Decreto Nº 7.053/09 institui Política Nacional para PSR*. 2009. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. *Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde*. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. *Portaria 122*. Ampliação do Programa Consultório na Rua (CnaR), que tem suas diretrizes de organização e funcionamento definidas. 2011. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. *Portaria 123*. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. 2012b. Encontrado em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html >. Acesso em 24 abr. 2017.

_____. *Resolução 466/12 do Conselho nacional de Saúde*. 2012c. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

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

_____. Portal Brasil. Justiça e cidadania. *Minha casa minha vida tem unidades reservadas para idosos*. 2014a. Acesso em: set 2017. Encontrado em:< <http://www.brasil.gov.br/euvou/minha-casa-minha-vida-tem-unidades-reservadas-para-idosos>>

FERNANDES, Flávia Saraiva Leão; RAIZER, Milena Veiga; BRÊTAS, Ana Cristina Passarela. Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, n.15, set./out. 2007. Disponível em:<<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. [Acesso em: 10 out. 2014.](#)

GARIBALDI, Brian; CONDE-MARTEL, Alícia; O'TOOLE, Thomas. Self-reported comorbidities, perceived needs, and resources for usual care for older and younger homeless adults. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 20, n. 8, p. 726-730, 2005.

PLOEG, Jenny et al. A case study of a Canadian homelessness intervention programme for elderly people. *Health and Social Care in the Community*, Oxford, v. 16, n. 6, p. 593-605, 2008.

NERI, Marcelo Côrtes. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, Anita Liberalesso (Org.). *Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007. p. 91-107.

SCHRÖDER-BUTTERFILL, Elisabeth; MARIANTI, Ruly. A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing e Society*, Cambridge, v. 26, n. 1, p. 9-36, 2006.

SILVA, Henrique Salmazoda; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Dimensões da Qualidade de Vida de Idosos Moradores de Rua do Município de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.22, n.1, p.148-159, 2013.

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*. vol.13, n.1, pp. 56-69, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>>. Acesso em: 2 ago. 2014.

YOKOYAMA, Cláudia Emi.; CARVALHO, Renata Soares de; VIZZOTTO, Marília Martins. Qualidade de vida na velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência. *Psicólogo informação*. ano 10, n. 10, jan./dez 2006. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/PINFOR/article/viewFile/542/540>>. Acesso em: 16 jul. 2014.

APÊNDICE F – ARTIGO 3

Enviado para revista Saúde e Sociedade (Qualis B1).

**OS IMPACTOS DA VIOLÊNCIA ESTRUTURAL NAS PESSOAS IDOSAS EM
SITUAÇÃO DE RUA²⁸**

MATTOS²⁹, Carine Magalhães Zanchi de,
GROSSI³⁰, Patrícia Krieger,
MOTA³¹, Kennya Márcia dos Santos
SCHWANKE³², Carla H.A.

Os impactos da violência estrutural na população idosa em situação de rua estão diretamente relacionados às desigualdades sociais. Este artigo tem como objetivo analisar as situações de violência estrutural vivenciadas pelas pessoas idosas em situação de rua e o impacto em seu modo e condição de vida. Este é um estudo observacional, transversal, descritivo e qualitativo, que utiliza a análise textual discursiva de Roque Moraes. A amostra foi constituída por 4 mulheres e 15 homens idosos em situação de rua, de Porto Alegre. As situações de violência estrutural descritas foram a fome, o frio, a falta de acesso ao estudo, ao trabalho, à previdência, à informação, à assistência em saúde e à assistência social, dentre outros, e o impacto da violência estrutural aumenta cada vez mais as fragilidades, num somatório desde o nascimento, com a falta de recursos para necessidades básicas, seguida da falta de acesso à escola, ao trabalho, ao salário digno e à saúde, somada às demais restrições de direitos. Para combater a violência estrutural e seus impactos provenientes das desigualdades sociais, é necessário promover melhores condições de vida e garantir os direitos humanos para as pessoas idosas em situação de rua.

Palavras-chave: Pessoas idosas em Situação de Rua; Violência estrutural; Condições de vida; Vulnerabilidade social.

**THE IMPACTS OF STRUCTURAL VIOLENCE IN ELDERLY PEOPLE IN STREET
SITUATION**

The impacts of structural violence on the elderly population in a street situation are directly related to social inequalities. This article aims to analyze the situations of structural violence experienced by the elderly in the street situation and its impact. This is an observational, transversal, descriptive and qualitative study that uses the discursive textual analysis of Roque Moraes. The sample consisted of 19 elderly people in a street situation, in Porto Alegre. The situations of structural violence described were hunger, cold, lack of access to study, work, welfare, information, health care and social welfare, among others, and the impacts of this

²⁸ Pesquisa financiada com bolsa CAPES.

²⁹ PUCRS. IGG. Doutoranda em Gerontologia Biomédica. Rua Visconde de Inhaúma, 21, apt 403. Cep 90160-060. Porto Alegre-RS-Brasil- Fone (51) 99635732. carinezanchi@gmail.com

³⁰ Professora do Programa de Graduação e de Pós-graduação em Serviço Social da PUCRS. Professora do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Violência, Ética e Direitos Humanos – NEPEVEDH. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisa em Violência – NEPEVI. Doutora em Serviço Social pela Universidade de Toronto – Canadá. Pesquisadora Produtividade do CNPq.

³¹ PUCR. IGG. Assistente social, doutoranda em Gerontologia Biomédica. kmotaesa@gmail.com

³² Professora Adjunta. Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica. Coordenadora do grupo de estudo em risco cardiometabólico, envelhecimento e nutrição (GERICEN). Instituto de Geriatria e Gerontologia-IGG. Médica geriatra, MD, PhD.

violence Weaknesses and shortcomings of these people. In order to combat structural violence and its impacts from social inequalities, it is necessary to promote better living conditions and guarantee human rights for the elderly on the street.

Keywords: Old People in a Street Situation; Structural violence; Life conditions; Social vulnerability.

Introdução

A população idosa em situação de rua tem aumentado consideravelmente nos grandes centros urbanos. Esse fenômeno está relacionado com a transição demográfica, devido ao crescimento da população idosa no Brasil (Fundação Oswaldo Cruz, 2014), e com o crescimento rápido da população em situação de rua, resultante do desemprego e das desigualdades sociais (Ghirardi et al.,2005).

A conjuntura social atual apresenta pontos em comum com uma situação de guerra, porém, não se trata de um conflito armado, e sim de uma “guerra econômica”. Tem como cenário o mercado e o mundo do trabalho, sendo prejudicadas as pessoas marginalizadas socialmente, pois o Estado não lhes dá equidade para concorrer no sistema econômico. Estão excluídos do mercado de trabalho os idosos e os muito jovens, que sofrem desigualdades sociais e são cerceados do acesso à informação e à educação (Dejours, 2000). Nessa perspectiva, coloca-se em discussão a situação do idoso de rua, que é duplamente excluído: por ser idoso e por ser pobre (Fernandes; Raizer; Brêtas, 2007).

A pessoa idosa em situação de rua está mais predisposta a vivenciar algumas formas de violência. A violência contra idosos se manifesta de forma: (a) estrutural, pela desigualdade social, e é naturalizada nas situações de pobreza, de miséria e de discriminação; (b) interpessoal, nas formas de comunicação e de interação cotidiana e (c) institucional, na aplicação ou omissão na gestão das políticas sociais pelo Estado e pelas instituições de assistência, maneira privilegiada de reprodução das relações assimétricas de poder, de domínio, de menosprezo e de discriminação (Minayo, 2004).

A violência estrutural, tema central deste artigo, reúne os aspectos resultantes da desigualdade social, da penúria provocada pela pobreza e pela miséria e a discriminação que se expressa de múltiplas formas. Para Minayo (1994, p. 8), o conceito de violência estrutural é a “violência gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à opressão dos indivíduos”. Os idosos são o grupo mais vulnerável (junto com as crianças), pelas limitações impostas pela idade, pelas injunções das histórias de perdas e por problemas de saúde e de dependência. No Brasil, 71,8% dos aposentados e pensionistas recebem um salário mínimo

(Anasps, 2014), e o acesso aos bens são extremamente agravados pelos elevados custos com medicamentos e consultas, numa realidade de desigualdades econômicas e sociais (Minayo, 2004).

Os problemas relacionados ao combate da violência estrutural são inúmeros. Conforme Boulding (1981), essas estruturas organizadas e institucionalizadas da família influenciam profundamente as práticas de socialização, levando os indivíduos a aceitar ou a infligir sofrimentos, segundo o papel que lhes corresponda, de forma “naturalizada”. Segundo Ros (2011), para o enfrentamento ao ciclo de violência é preciso “enxergar e fazer enxergar” os reais processos de produção e reprodução dessa violência, pois só assim ela e as demais formas de violência que dela se desdobram poderão ser combatidas.

Assim, a evidência de práticas de intolerância e violência contra as pessoas idosas, bem como a violação de seus direitos sociais e políticos, estão comumente presentes nos artigos sobre o tema, porém, pouco se discute sobre a violência estrutural vivenciada por pessoas idosas em situação de rua, fazendo-se necessário discutir o tema para “se fazer enxergar”.

Este artigo visa a provocar reflexões, repensar políticas públicas e meios de apoio para a manutenção das garantias individuais e direitos dessa população, contribuindo com subsídios para a superação do ciclo de violência a que estão submetidos. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho é analisar as situações de violência estrutural vivenciadas por pessoas idosas em situação de rua em Porto Alegre.

Metodologia

Trata-se de um estudo que utiliza método qualitativo de pesquisa, observacional, transversal e descritivo. A amostra deste estudo foi composta por 19 pessoas idosas em situação de rua, selecionadas por amostragem aleatória simples, e o fechamento amostral foi feito por saturação teórica.

O estudo entendeu como pessoa em situação de rua as pessoas que declararam fazer da rua sua habitação (temporária, intermitente ou definitiva), encontradas nas ruas de Porto Alegre, nos abrigos, albergues de acolhimento noturno, convivência diária e demais serviços FASC (Fundação de Assistência Social e Cidadania) oferecidos à população de rua, durante o período de coleta de dados da pesquisa, de outubro de 2015 a junho de 2016. Foram incluídas no estudo pessoas com sessenta anos ou mais, dos sexos feminino e masculino e em atendimento na FASC, e foram excluídas do estudo pessoas sem condições de responder ao instrumento, ou

impossibilitadas de estabelecer comunicação efetiva no momento da pesquisa, por estarem dormindo ou por apresentarem comportamento agressivo ou desorientado.

A coleta de dados se deu através da gravação dos diálogos decorrentes da aplicação do formulário, e os dados analisados provêm das transcrições desses diálogos. A análise e discussão dos dados se deu à luz do referencial teórico da análise textual discursiva de Roque Moraes (Moraes, 2003). Esse método utiliza quatro focos, sendo eles: 1) desmontagem do texto; 2) estabelecimento das relações; 3) captação de um novo emergente e 4) auto-organização do processo. Esses focos dividem-se em três etapas: a unitarização, a categorização e a comunicação.

Na primeira etapa, foi realizada a fragmentação e a codificação nas respostas utilizando os termos: rua, fome/comida, frio, dormir, inacessibilidade, doenças, preconceito, invisibilidade, desemprego e violência. Esses termos foram reescritos, pelo método de análise, como: necessidades básicas, questões de saúde e questão social. Após isso, foram atribuídos dois títulos aos termos reescritos: o significado de estar nas ruas e expressões da violência estrutural. Na etapa seguinte, de categorização, foram discutidas as propriedades das categorias através dos conceitos: situação de rua, idoso, estar em situação de rua, tipos de violência, classificação de violência estrutural, violência institucional e violência contra o idoso. Usou-se a teoria da gerontologia crítica para fundamentar a discussão, e foram produzidos argumentos em torno das categorias, como: o que significa estar nas ruas para eles? Quais os pontos positivos e negativos de estar nas ruas? Quais as dificuldades de estar nas ruas? Quais situações de violência vivenciadas? Quais situações de preconceito vivenciadas? Como é a acessibilidade a serviços de saúde, habitação, assistência social e outros?

Na terceira etapa, as falas transcritas foram selecionadas, descritas e interpretadas, produzindo o texto a partir da procura de mais sentidos, e por fim, separadas em unitarização e metatexto. Na quarta e última etapa, as informações foram fragmentadas. Na sequência, as informações também foram auto-organizadas, descartando algumas e priorizando outras, percebendo novos *insights*. O tema central do artigo “violência estrutural” orientou e conduziu a discussão.

Este estudo seguiu a resolução 466/12 (Ministério da Saúde, 2012), que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição através do CAAE 46772315.0.0000.5336.

Estar em situação de rua: vulnerabilidade e violência

Pretende-se neste item discutir “como é estar em situação de rua” para esta população e “os impactos da violência estrutural”. As falas aqui apresentadas demonstram as vulnerabilidades sociais a que as pessoas idosas em situação de rua estão expostas e o impacto da violência em suas vidas.

No que se refere às pessoas em situação de rua, surgem tipificações sob a feição de apreendê-las como “vagabundas”, “sujas”, “loucas”, “perigosas” e “coitadas”. Essas tipificações suscitam atitudes que vão da total indiferença à hostil violência física e que se materializam nas relações sociais, constituindo a própria identidade do sujeito em situação de rua, de forma que os conceitos de identidade própria e das representações sociais demonstram um mecanismo de tipificação que cristaliza e sustenta as relações de dominação e exploração. (Mattos; Ferreira, 2004).

Ao questionar as pessoas idosas sobre “o que significa estar em situação de rua para você?”, as respostas apresentaram algumas situações que se caracterizam como violência estrutural, dentre elas, a própria tipificação da representação social que acreditam ter. Os relatos são carregados emocionalmente e exprimem as dificuldades que as pessoas idosas em situação de rua enfrentam para suprir suas necessidades básicas diariamente e o desejo de sair dessa condição, e, por outro lado, a frustração que as paralisa e as mantém desesperançadas.

Terrível, terrível é a morte. Muito triste, igual a bicho. Não tenho nenhuma experiência positiva, tudo negativo. As pessoas são más [...] Me fizeram vomitar dentro de um socorro, depois me agarraram, um segurança em um braço, o outro segurança no outro, me levaram[...]judiam de mim na rua (P 17, mulher, 80 anos).

A análise desse relato permite identificar, pelo menos, quatro formas de violência. A violência estrutural é identificada quando ela se compara com um bicho, sem experiências positivas na rua, pois a violência é gerada pela estrutura organizada, o Estado, que deveria influenciar, definir e implementar em suas diferentes estruturas de poder a garantia de direitos básicos, como o acesso à alimentação, à educação e à saúde, sendo responsável direto pelo estabelecimento e desenvolvimento das condições de vida de uma população (Cruz Neto; Moreira, 1999). Este mesmo Estado se expressa na injustiça e exploração dessa mulher, que não tem seus direitos garantidos, e ainda a culpabiliza pelo seu fracasso, naturalizando sua falta de ação, enquanto deveria garantir a equidade aos cidadãos.

A segunda forma de violência expressa no relato é a violência institucional, que se caracteriza por ocorrer dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas

(Minayo, 2007). Embora para fins didáticos Minayo (2004) conceitue essa forma de violência como diferente da estrutural, elas aparecem atreladas na prática. No relato, quando a mulher em situação de rua descreve que foi agarrada por dois seguranças, seguida da afirmação de que as pessoas são más e que a levaram para um “socorro” para receber uma injeção para “ficar normal”, é evidenciada a violência institucional através do tratamento de saúde impositivo.

O desrespeito com aquele que está nas ruas revela um olhar como se ele fosse de outra espécie, com poucas similaridades, negando sua própria humanidade, onde homens e mulheres não são mais vistos como tais por seus semelhantes e talvez já não se sintam também como iguais (Nascimento, 2000). A desconsideração com o outro e a repressão do Estado são confundidas em nome da “ordem”. A mobilização do corpo policial e a liberação de limites legais e humanistas são utilizados contra o violentado, que passa a ser visto como o violento.

O relato dessa mulher idosa exprime também a violência interpessoal e a violência de gênero, quando afirma “judiam de mim”. A literatura internacional menciona a violência contra as pessoas idosas como um problema universal; a análise de arquivos de emergências hospitalares e de institutos médico-legais comprovam, historicamente, a existência de ações violentas contra idosos, como lesões e traumas físicos, mentais e emocionais (Minayo, 2004) e o acometimento de inúmeras mulheres violentadas, em especial, aquelas que estão em situação de rua e por isso aparecem ainda mais expostas a vulnerabilidades.

Entendem-se como violência de gênero as ações violentas produzidas em contextos e espaços relacionais e, portanto, interpessoais, que têm cenários sociais e históricos não uniformes.

A centralidade das ações violentas incide sobre a mulher, quer sejam estas violências físicas, sexuais, psicológicas, patrimoniais ou morais, tanto no âmbito privado-familiar como nos espaços de trabalho e públicos. Não se trata de adotar uma perspectiva ou um olhar vitimizador em relação à mulher, o que já recebeu críticas importantes, mas destacar que a expressiva concentração deste tipo de violência ocorre historicamente sobre os corpos femininos e que as relações violentas existem porque as relações assimétricas de poder permeiam a vida rotineira das pessoas. (Bandeira, 2014, p. 451).

O número de mulheres em situação de rua é menor do que o número de homens nessa situação. Conforme o 1º Censo e Pesquisa Nacional sobre as pessoas em situação de rua realizado no Brasil, 18% eram mulheres e 82% homens (Sagi, 2010). Os dados de um estudo no Canadá revelaram que mulheres em situação de rua, entre 18 e 44 anos de idade, têm entre oito e trinta vezes mais chances de morrer do que as mulheres da mesma faixa etária da população geral. Esse índice cai para, em média, 1,5 vezes mais chance de morrer para mulheres

com mais de 44 anos (Cheung; Hwang, 2004). Isso remete à reflexão sobre o motivo pelo qual as mulheres estão em menor número nas ruas, sobre o elevado risco de morte e sobre a violência de gênero a que estão expostas, bem como sobre as condições de vida a que se submetem para não estarem em situação de rua.

O próximo relato aborda o que é estar em situação de rua.

Desagradável. Horrível, risco de vida[...] Criminalidade a gente vê a todo instante. Na rua vê muito mais... não quero para ninguém morar na rua, não quero para mim e para ninguém morar na rua (P 11, homem, 61 anos).

Dessa forma, o relato desmistifica a ideia de que estar em situação de rua é uma escolha ou opção de vida. Ao contrário, as falas desta pesquisa revelam que eles estão nesta condição porque não veem outra alternativa.

De acordo com o último censo, realizado em Porto Alegre, com as pessoas em situação de rua (FASC, 2016), os principais motivadores dessa situação foram: o uso de drogas/álcool pelo indivíduo ou na família, rupturas familiares e carência financeira. Em comparação com os resultados da pesquisa de 2007-2008, verificou-se o crescimento da referência ao uso de álcool e drogas, abarcando 24% das respostas, ao passo que a soma de variáveis associadas às condições materiais, como o desemprego (8,6%) e a perda de moradia (4,9%), abarcam somadas o percentual de 13,5%.

É significativa a preponderância das relações familiares nas motivações apresentadas, tanto nas alternativas colocadas no questionário, quanto nas “outras” motivações que os próprios entrevistados forneceram. Se considerarmos que as “separações e decepções amorosas”, os “maus tratos na família”, “não se sentir bem com a família”, a “morte de algum familiar”, o “envolvimento da família com o tráfico de drogas” e o “uso de drogas ou o alcoolismo na família de origem” são situações que envolvem pessoas próximas e/ou do núcleo familiar de origem, verificamos que 32,5% das motivações explicitadas pelos entrevistados para terem ido para a rua envolveram questões e conflitos familiares, como uma decisão de preservar a própria família em relação aos danos e conflitos que a dependência de drogas gerava (FASC, 2016, p. 75).

Por conseguinte, devido a não encontrar outra alternativa de solução para seu problema, a pessoa vai para as ruas e pode incorporar uma visão de si própria como digna de menos valia, como um fracasso, ou seja: vai pouco a pouco adquirindo a identidade dos caídos, dos inúteis, dos fracassados (Zaluar, 1995).

Configurando sua identidade a partir desses valores, a pessoa acaba acarretando agravos na saúde física e mental. O cidadão em situação de rua não é visto como um igual, como

integrante da mesma espécie; apenas não é visto, como se fosse coisa. Como analisamos, o indivíduo pode apropriar-se das representações sociais e passar a ver-se como um objeto, uma peça sem vontade própria (Mattos; Ferreira, 2004).

A criminalidade é outro ponto importante de ser discutido, tendo em vista que também é uma forma de violência e está significativamente presente nos discursos, como neste acima, que diz “criminalidade a gente vê a todo instante”. Segundo a pesquisa de Singulane, Silva e Sartes (2016) cada nível de instrução a mais reduziu em 33% a chance de envolvimento com o crime; por outro lado, a percepção de problemas atuais com emprego aumentou em 62%, a percepção maior de ter problemas psiquiátricos aumentou em 6% e o número de prisões antes dos 18 anos aumentou em 9%. Dessa forma, considerando a atual crise financeira nacional, observa-se o alto índice de desemprego, o baixo nível de escolaridade e o aumento da desigualdade social, que conseqüentemente aumentam a criminalidade, aparecendo cada vez mais nos discursos.

Quando a pessoa em situação de rua menciona que “na rua se vê muito mais criminalidade”, reafirma o quanto a vulnerabilidade na rua é maior do que em outros espaços. A falta de segurança e proteção que vivenciam na rua e o medo da violência estão profundamente ligados às experiências vividas, de acordo com o censo (FASC, 2016). Quando questionados se alguma vez foram vítimas de algum tipo de violência, a grande maioria dos entrevistados (60,6%) respondeu positivamente, sendo que 47,5% sofreu violência mais de uma vez em sua vida.

Porém, o que mais chama atenção em relação às características negativas da situação de rua, mais do que a discriminação e a estigmatização, é a sensação de estar vulnerável à violência. A escolha da opção “a vigilância da polícia” que, na maioria das vezes, atua como de forma opressora em relação a essa população, foi apontada por 10,7% dos entrevistados em primeiro lugar e por 8,3% em segundo lugar. Mais significativo ainda, analisando o conjunto de respostas categorizadas como “outros”, 19,8% dos entrevistados apontaram a violência, e 6,2%, a insegurança, como os elementos de que menos gostam na rua (FASC, 2016, p. 77).

A violência interpessoal também está presente nesta última fala apresentada. Quando aparece que estar nas ruas é “risco de vida”, isso propõe uma reflexão: quem realiza essa violência interpessoal contra as pessoas idosas em situação de rua? A polícia, a sociedade e/ou a própria população em situação de rua (entre eles)? (Mattos; Ferreira, 2004).

De acordo com o censo (FASC, 2016), o medo de ser assassinado quando está dormindo foi referenciado por 21,6% dos entrevistados. Um em cada cinco entrevistados teme morrer de forma violenta, 38,2% têm medo da violência física, inclusive praticada por policiais, o que

eleva esse percentual para 50,9%, porém outras pessoas (15,7%) também constituem ameaça, como os criminosos, usuários de drogas, nazistas, skinheads e pessoas ruins. Todos esses medos são fundamentados nas experiências de violências vivenciadas cotidianamente pelos entrevistados e que também marcaram suas trajetórias de vida em relacionamentos anteriores, no âmbito familiar e das relações conjugais.

A violência estrutural está presente para as pessoas idosas em situação de rua na dificuldade do cumprimento dos direitos e das diversas formas de vulnerabilidades que atingem essa população. Dentre essas vulnerabilidades, podem-se citar a exposição às variações climáticas, às condições insalubres de moradia e de alimentação e as ações de repressão por parte de políticas de segurança pública, que afetam negativamente a condição de saúde dos indivíduos em situação de rua (Hallais; Barros, 2015). O próprio poder público legitima ações que deixam visível a violência estrutural sobre a população em situação de rua. Indicam sua incapacidade de lidar com a população em situação de rua, pois conferem “invisibilidades” ao negarem o pertencimento desse grupo social na sociedade, já que as próprias políticas públicas exigem documentos e endereço, excluindo essa população, sugerindo que são “incômodos” que devem ser invisibilizados e silenciados em seus direitos e reivindicações (Varanda; Adorno, 2004).

É indispensável lançar um olhar pormenorizado sobre essas questões e assumir a necessidade do enfrentamento da discriminação socioinstitucional à população em situação de rua, sobretudo para a melhoria do acolhimento nos serviços de saúde. A restrição de acesso imposta pelos próprios regulamentos das instituições públicas aos atores sociais marginalizados denuncia a necessidade de criação e efetivação de políticas e práticas institucionais sensíveis à pluralidade, pautadas na justiça e no reconhecimento social e que não reforcem a punição ao indivíduo pela sua própria situação (Hallais; Barros, 2015).

...a rua é uma das fases mais cruéis que podem existir no ser humano. Eu acho que depois da guerra, eu acho que a crueldade maior é ser um morador de rua. É uma guerra contra o silêncio, contra o descaso, contra uma coisa que muitos passam e nem olham, nem tomam conhecimento de quem está deitado ali, quem não está (MATTOS; FERREIRA, 2004, p.75).

Estar em situação de rua é estar vulnerável e violentado. Garantir os direitos e a acessibilidade dessas pessoas às políticas públicas, serviços sociais e de saúde é indispensável para a evolução da sociedade e do Estado no resgate da dignidade humana, que devem ser capazes de romper com as tipificações e estimular a autonomia e autoestima desses indivíduos para romper com a violência.

A narrativa como expressão das experiências de violência estrutural vividas pelas pessoas em situação de rua.

Pretende-se aqui aprofundar as discussões referentes às situações de violência estrutural vivenciada pelas pessoas em situação de rua. Apresentam-se relatos sobre histórias de vida, condições que as levaram à situação de rua, relações cotidianas, formas de sobrevivência, serviços sociais e BPC³³ (Benefício de Prestação Continuada destinado ao idoso e à pessoa com deficiência).

Ao questionar as pessoas idosas sobre “como é a sua qualidade de vida?”, foi possível identificar a vulnerabilidade a que estão expostas desde antes de estarem em situação de rua. A ineficiência do Estado na garantia dos direitos dos indivíduos não surpreende, bem como o peso moral de insatisfação que essa população exprime pela sua condição sub-humana de vida.

Eu acho uma... essa situação de rua, a pessoa que está em situação de rua é ela que tem que recorrer à assistente social. O Estado quando institui a assistente social ele está reconhecendo que ele tem uma falha no atendimento da prestação do bem comum. Então essa é a realidade, né? Se eu estou sob assistente social é porque o Estado tem uma falha (P 12, homem, 62 anos).

Esse relato é de um homem idoso em situação de rua que é bacharel em Direito e, após ficar desempregado, foi morar na rua. Ele exprime consciência sobre a violência estrutural a que está submetido pelas desigualdades sociais e sobre a incompetência do Estado na promoção da autonomia, da subsistência e da garantia dos direitos humanos.

O Estado é uma instância onipresente na vida de todos os cidadãos de um país, por ser responsável direto pelo estabelecimento e desenvolvimento das condições de vida de uma população. Direitos básicos dos indivíduos, como o acesso à alimentação, educação e saúde são por ele influenciados, definidos e implementados (Cruz Neto; Moreira, 1999). O instrumento de atuação do Estado são as políticas públicas que desenvolve. Estas deveriam arbitrar de forma justa as tensões sociais, promovendo a igualdade entre os cidadãos e a elevação de sua qualidade de vida, porém, ao contrário, na prática vêm favorecendo e privilegiando o mercado em

³³ O BPC constitui uma garantia de renda básica, no valor de um salário mínimo, tendo sido um direito estabelecido diretamente na Constituição Federal e posteriormente regulamentado a partir da LOAS, dirigido às pessoas com deficiência e aos idosos a partir de 65 anos de idade, observado, para acesso, o critério de renda previsto na Lei (Brasil, 2005).

detrimento da sociedade civil, não garantindo os direitos básicos do cidadão (Cruz Neto; Moreira, 1999).

Isso porque o Estado tem em vista o desenvolvimento do capitalismo, a urbanização acelerada, a internacionalização da economia e a hegemonia neoliberal, entre outros termos que representam a nova ordem mundial, produzem o considerável aumento da exclusão social e suscitam possíveis rupturas sociais capazes de comprometer o sonho de uma sociedade democrática e justa (VIEIRA et al., 2010). Esse neoliberalismo resulta num número cada vez maior de pessoas excluídas dos direitos sociais básicos, como educação, saúde, trabalho, moradia, lazer, segurança e outros, e até mesmo dos direitos humanos, com alguns grupos relegados à invisibilidade, como a população idosa em situação de rua (Paiva et al, 2016).

As falas seguintes exprimem as condições de vida desta população, sua invisibilidade e o posicionamento do Estado diante delas.

Minha qualidade de vida é péssima... passando fome e frio na rua. Eu dormi embaixo da marquise...Chovia em nós... É uma droga, droga, temerária... (P 10, homem, 70 anos).

Garantir condições de alimentação, higiene, habitação e escolaridade é importante, mas não o suficiente para resgatar as pessoas idosas em situação de rua enquanto cidadãs. Essas condições estão relacionadas ao atendimento imediato a essa população e precisam ser ampliadas para todo o contexto de vivência dos cidadãos, incluindo ações, em especial, para redução das desigualdades da sociedade capitalista que configuram uma forma de violência estrutural (Reis, 2011).

No relato acima, é expressa a condição comum para a maioria dessas pessoas: “passar fome e frio” e “ficar na chuva”. Sob a ótica do princípio legitimador de mercado, o trabalho é visto como provedor da moradia, da alimentação e das demais necessidades, condição que acaba sendo rompida quando o sujeito passa à condição de situação de rua. Porém, isso significa o desenvolvimento de novas formas específicas que garantam a sobrevivência e não a ausência do trabalho (Aguar; Iriart, 2012).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, essa população é composta, em grande parte, por trabalhadores, já que 70,9% exerciam alguma atividade remunerada (Brasil, 2008). Dessas atividades, destacavam-se: catador de materiais recicláveis (27,5%), flanelinha (14,1%), construção civil (6,3%), limpeza (4,2%) e carregador/estivador (3,1%). Apenas 15,7% das pessoas pediam dinheiro como principal meio para a sobrevivência.

Esses dados são importantes para desmistificar o senso comum de que a população em situação de rua é composta por “mendigos” e “pedintes” (Brasil, 2009).

Segundo Marx (1988, p. 409), “a sociedade, assim como a característica fundamental do homem está no trabalho. É do e pelo trabalho que o homem se faz homem, constrói a sociedade, é pelo trabalho que o homem transforma a sociedade e faz a história”. Dessa forma, além de essas pessoas romperem com o princípio legitimador do mercado, “o trabalho”, a pessoa idosa não é mais parte integrante da lógica de trabalho e produção porque não está ativa na geração de mais-valia capitalista, já que alcançou uma idade considerada improdutiva (Oliveira; Fernandes; Carvalho, 2011).

O que do ponto de vista do capital se apresenta como mais-valia, do ponto de vista do trabalhador se apresenta exatamente como mais-trabalho para além das necessidades do trabalhador, ou seja, além da necessidade imediata para a manutenção de sua condição vital. O grande sentido histórico do capital é o de criar este tempo excedente, trabalho supérfluo do ponto de vista do valor de uso, da mera subsistência. (Marx, 1984, p. 266).

Na sociedade capitalista, o trabalho deixa de ser uma realização humana fundante do ser social e passa a ser um trabalho alienado, abstrato, submetido ao capital. O mercado de trabalho faz com que o trabalhador se adapte às suas exigências, subordinando-se às qualificações condizentes das atividades (Marquesi, 2011) e, segundo Marx (1997, p. 17), “os homens fazem sua própria história, mas não a fazem como querem; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha, e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado”.

A relação entre o homem e o trabalho, dentro da concepção da mais-valia no mundo capitalista discutido acima, é elucidada pelo seguinte relato:

Ah deus o livre, já passei fome, passei muito frio na rua, sabe? Mas sempre trabalhei, agora eu tô perdendo a potência no trabalho, é a idade, né? Tá chegando. Estou insatisfeito com minha saúde. Trabalho obrigado, sabe? Sou obrigado a trabalhar. Passo necessidade na rua. Tenho muita dor, preciso de tratamento médico o quanto antes. Depressão. Depressão bastante. Estou infeliz. (P 5, homem, 60 anos).

A teoria e a prática em defesa ao idoso parecem distantes. Enquanto o Estatuto do Idoso o protege, o próprio Estado, que deveria proteger e garantir os direitos dos idosos, atua de forma negligente. Os discursos acima mencionam que essa população passa fome, frio, não tem acesso aos serviços de saúde e lhe faltam recursos financeiros para seu sustento digno, sendo que o atendimento de todas essas premissas está presente no Estatuto do Idoso (Brasil, 2003).

O artigo 15 trata do direito à saúde; o artigo 37, do direito à moradia digna e o artigo 99, dos crimes em espécie, como expor o idoso ao perigo da integridade e da saúde física e psíquica, submetendo-o a condições desumanas e degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, bem como sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado, todas situações vivenciadas por essas pessoas.

Enquanto o Estado não assumir seu dever em prol da sociedade civil, a violência continuará presente no cotidiano do idoso. A qualidade dos serviços públicos fica rechaçada, o acesso, cerceado e a população, na dramática redução de oportunidades de ascensão social, vivendo em condições indignas, sem o apoio do Estado (Cruz Neto; Moreira, 1999).

O seguinte relato retrata a ineficiência do Estado e a violência institucional presente nos serviços públicos.

Se eu for numerar as experiências negativas, são terríveis, né? Saiu até em jornais, no XXX é péssimo o atendimento, uma vergonha para a prefeitura [...] na época em que eu estive lá, o atendimento era deplorável, um ambiente deplorável, questão de higiene deplorável. Uma coisa que não dá para definir. [...] não é à toa que tem o nome de casa do inferno, porque lá realmente é a casa do inferno. (P 12, homem, 62 anos).

A violência institucional ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Realiza-se como uma agressão política, cometida pelo Estado, em nível macrossocial. E de maneira mais particular, é atualizada e reproduzida nas instituições públicas de prestação de serviços e nas entidades públicas e privadas de longa permanência (Minayo, 2004). O relato anterior remete à reflexão sobre bem-estar versus direitos humanos, ou seja, a garantia de direitos fundamentais ao invés de assistencialismo. É como se ofertar alimento e local para higiene em um abrigo fosse o suficiente para as pessoas em situação de rua, sem considerar o contexto e demais complexidades da vida humana que também precisam ser acolhidos e tratados.

Novamente, a violência institucional está entrelaçada à violência estrutural. A naturalização dessa violência pelos servidores e pela comunidade é evidenciada primeiramente de forma macro e toma corpo (estrutural) para depois tornar-se institucional (também macro), mais uma vez retratando a ineficiência e negligência do Estado para esta população.

Para Ramos (2002), a violência estrutural, a violência institucional e a violência familiar que vitimizam os idosos frequentemente ocorrem simultaneamente. Como as crianças e os adolescentes, os idosos constituem um grupo vulnerável, sobretudo nos casos de múltiplas dependências e incapacidades. A violência e o rompimento com os direitos humanos básicos que acometem as pessoas idosas em situação de rua, naturalizados no próprio serviço de acolhimento, espelham o poder do capitalismo e a lei da mais-valia, desconsiderando o sujeito

e sua história de vida, tratando-o com desrespeito, pois impõe um serviço que aumenta a discriminação e não condiz com as reais necessidades dessas pessoas.

Os serviços de saúde, os equipamentos sociais públicos, geralmente, não promovem uma política de atendimento coerente que responda às necessidades e demandas das pessoas idosas em situação de rua. Alguns autores consideram que os profissionais que atuam nos serviços públicos de saúde, frequentemente, não estão capacitados para o atendimento dessa população, já que desconhecem suas particularidades, homogeneizando-as sob estigmas e rótulos. Persistem, ainda, problemas de acesso, ações de caráter paliativo e higienista, medicalizadoras, pautadas em um modelo unicausal e, no máximo, multicausal da doença (Paiva et al., 2016).

Exatamente por ser exercitada nas ações diárias de instituições consagradas por sua tradição e poder, essa forma de violência costuma ser considerada algo natural; na maioria das vezes, não é contestada, sob o pretexto da desestabilização da ordem social. O senso comum nem chega a compreendê-la como uma manifestação de violência, mas, sim, como pura e simples incompetência de governantes e responsáveis, ou até mesmo como uma maneira de gerenciar os conflitos sociais (Cruz Neto; Moreira, 1999).

Os relatos que seguem abordam temas como a escolaridade e a situação econômica.

Eu nunca tive em colégio e na minha ideia não havia como, e quem tem estudo sabe se explicar [...] (P 6, homem, 73 anos)

Esse relato expõe a vulnerabilidade da população brasileira que não tem acesso à escolarização. De acordo com a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, (Brasil, 2008) em relação à formação escolar, 74% dos entrevistados sabiam ler e escrever; 17,1% não sabiam escrever; 8,3% apenas assinavam o próprio nome; e a imensa maioria não estudava na ocasião da pesquisa (95%). A mesma pesquisa revela que 47,7% dos entrevistados nunca trabalharam com carteira assinada. Entre aqueles que afirmaram já ter trabalhado alguma vez na vida com carteira assinada, a maior parte respondeu que isso ocorreu há muito tempo (50% há mais de cinco anos; 22,9%, de dois a cinco anos) e atualmente a maior parte dos trabalhos realizados continuam situados na chamada economia informal. Apenas 1,9% dos entrevistados afirmaram estar trabalhando com carteira assinada, comprovando que essa não é uma situação ocasional, e sim o resultado de uma vida marginalizada (Brasil, 2008). A falta de acesso à escolarização também se configura como uma forma de violência estrutural do Estado com a população que tem o seu futuro cerceado. É possível perceber, nas histórias de vida

dessas pessoas, que elas já se mostravam vulneráveis antes mesmo de estarem em situação de rua e já sofriam formas de violência e de privações de acesso escolar e econômico.

Boulding (1981) relata que o conceito de violência estrutural oferece um marco à violência do comportamento, e isso se aplica às estruturas organizadas e institucionalizadas da família, como também aos sistemas culturais, econômicos e políticos que conduzem à opressão de algumas pessoas, às quais são negadas vantagens sociais, ficando então mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. Também são essas estruturas que determinam as práticas de socialização que levam os indivíduos a aceitar ou a infligir sofrimentos, de acordo com o papel que desempenham. Compreender a violência estrutural no contexto social significa elucidar, a partir da ampliação e desenvolvimento desse raciocínio, os mecanismos pelos quais o Estado, em seus diferentes níveis e poderes, restringe o acesso da grande maioria da população aos direitos básicos que lhe proporcionariam uma vida digna, gerando assim um grave quadro de exclusão social (Cruz Neto; Moreira, 1999).

A próxima narrativa exprime a difícil situação econômica das pessoas idosas em situação de rua e a violação de seus direitos, como o não acesso a uma renda mínima que satisfaça as necessidades mais básicas, como a moradia:

Não tenho dinheiro, ganho um salário mínimo, fiz um empréstimo e ganho R\$ 490,00, não ganho nem R\$ 500,00. Agora tenho que dar uns R\$ 200,00 e poucos para a mulher.[...] não tenho como pagar lugar para mim.[...] sou obrigado a trabalhar todo quebrado, arreventado.[...] Aí tem que sair morar na rua. (P 16, homem, 62 anos).

Novamente configura-se uma situação de violência, já que o benefício sozinho não é suficiente para propiciar a autonomia e a saída da situação de rua. Ações de acolhimento ao sujeito em todo seu contexto de necessidades são indispensáveis e não estão disponíveis.

Colaborando nessa perspectiva de análise da situação financeira das pessoas em situação de rua, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua relata que os níveis de renda dessa população são baixos. A maioria (52,6%) recebe entre R\$ 20,00 e R\$ 80,00 semanais e não é atingida pela cobertura dos programas governamentais, pois 88,5% afirmaram não receber qualquer benefício. Entre os benefícios recebidos, se destacaram a aposentadoria (3,2%), o Programa Bolsa Família (2,3%) e o Benefício de Prestação Continuada (1,3%) (Brasil, 2008).

Na Inglaterra e na França, o Estado oferece estruturas de acolhimento e apoio nos diferentes contextos, fundamental para assessorar a saída da situação de rua, fato que contribui no dado estatístico de o tempo médio de permanência nas ruas ser de um ano. As características sociodemográficas e a situação habitacional dos sem-abrigo diferem entre os naturalizados e os

estrangeiros. Os estrangeiros apresentam um perfil de histórias de separações familiares precoces, baixos níveis de qualificação e falta de certificação de competências, entre outras questões. Porém, não são predominantes. O perfil mais comum nesses países é de homem, solteiro, idade média entre 30 e 50 anos, nascido em território nacional, previamente sem habitação própria ou arrendatário e usuário frequente de centros de acolhimento (Brasil, 2013).

Um Estado que cerceia a educação e não promove a independência financeira para sua população violenta-a e reprime o seu desenvolvimento de senso politizado e crítico. O reflexo dessas ações pode ser analisado através dos dados apresentados na Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, onde consta que a grande maioria (95,5%) não participa de qualquer movimento social ou atividade de associativismo. Apenas 2,9% confirmaram participação em algum movimento social ou associação e também a maioria (61,6%) não exerce o direito de cidadania elementar, que é o voto para a escolha dos representantes parlamentares e dos executivos governamentais, uma vez que não possui título de eleitor (Brasil, 2008).

Sendo assim, a violência estrutural está presente cotidianamente na vida dessas pessoas desde o princípio de suas vidas, mesmo antes de estarem em situação de rua (por meio de violência doméstica, da falta de acesso às necessidades básica, entre outros fatores), e frequentemente não são consideradas ações violentas. Para superar a violência estrutural, urge a necessidade de alterações radicais nas propostas neoliberais que diminuem e subestimam, sensivelmente, o papel do Estado na sociedade, agora Estados fortes na defesa do capital transnacional, mas débeis e pontuais com as políticas sociais (Silva, 2005).

Considerações finais

O aumento contínuo da população idosa em situação de rua está cada vez mais vulnerável à violência estrutural e merece especial atenção da comunidade acadêmica, do Estado e da sociedade civil. Negligenciar os direitos básicos a esses cidadãos, estereotipando-os como indesejáveis e não pertencentes a esta sociedade, prolonga e aumenta os casos de violência e comprometem o desenvolvimento social. Como enfatiza o Relatório Nacional Brasileiro para Cúpula Mundial para o Desenvolvimento (Brasil, 1995), promover uma política social significa retirar 42 milhões de pessoas da pobreza e 16 milhões da indigência.

As desigualdades econômicas e sociais que acometem o país promovem a reclusão à margem social de indivíduos menos favorecidos, ou seja, desde o seu nascimento vivenciam restrições de direitos humanos básicos, negligenciados pelo Estado e pela sociedade, fato que vai agravando-se cada vez mais com o seu envelhecimento.

No presente artigo, as experiências sociais de pessoas idosas em situação de rua demonstram o reflexo de violência estrutural e o descaso do Estado. Dentre as violações vivenciadas pelas pessoas idosas em situação de rua, podem-se citar a falta de acesso ao apoio social, à escola, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à moradia, à alimentação, à documentação e aos recursos econômicos. Essa violência estrutural se expressa pelo quadro de miséria, má distribuição de renda, exploração de trabalhadores, crianças e idosos nas ruas, falta de condições mínimas de vida digna, falta de assistência em educação e saúde. Trata-se, portanto, de uma população que vem sofrendo no dia a dia os efeitos da violação de direitos humanos, decorrentes dos processos de discriminação e exclusão (Almeida; Coelho, 2008).

Entre as situações de violência estrutural encontradas nas falas das pessoas idosas em situação de rua, também foi possível discutir sobre a violência institucional e interpessoal. Essas formas de violência configuram-se nas situações de preconceito, inacessibilidade ou falta de resolutividade nas questões de saúde, cujos sintomas e patologias não são tratados. Também se marcam na área social, pela falta de habitação, alimentação, trabalho, renda, documento pessoal, BPC, aposentadoria, e por agressões realizadas por seguranças, serviços de saúde, comunidade e entre a própria população em situação de rua.

É possível perceber que a violência estrutural é histórica e socialmente reproduzida. Está atrelada às situações de poder e define suas vítimas, afetando aqueles que são incapazes de se defender, concentra a riqueza em poucos e a pobreza em muitos, ampliando as desigualdades sociais e reprime projetos de vida, forçando a escolha constrangida pela mendicância, fomentando o preconceito e causando danos morais, físicos e psicológicos irreparáveis à população desfavorecida (Cruz Neto; Moreira, 1999).

Dessa forma, torna-se urgente a adoção de um conjunto de ações concretas para atacar a violência estrutural e seus impactos, a partir da promoção da igualdade social. Políticas preventivas e redistributivas são meios para tais ações, que devem estar aliadas às políticas públicas de real interesse ao bem-estar social de toda população, respeitando a equidade e com isto auxiliando, em especial, os grupos menos favorecidos e excluídos, como as pessoas idosas em situação de rua.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.M.; IRIART, J.A.B. Significados e práticas de saúde e doença entre a população em situação de rua em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 28, n. 1, p. 115-124, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/12.pdf>>. Acesso em: 12 jan 2017.

- ALMEIDA, N. K. D.; COELHO, M. T. A. D. A violência Estrutural. *Revista UNIFACS, SEPA*, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/viewFile/323/270>>. Acesso em: 15 maio 2017.
- ANASPS. Associação Nacional dos Servidores da Previdência Social. Disponível em <<http://anasps.org.br/2014>>. Acesso em: 15 maio 2017.
- BANDEIRA, L.M. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*, v. 29, n. 2, p. 449-469, maio/agosto, 2014.
- BOGHOSSIAN, C. O. *Vivências de Violência em Vigário Geral*. Experiências de Gerações. ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro. 1999.
- BOULDING, E. Las Mujeres y la Violencia. In: *La Violencia y Sus Causas*. Editorial UNESCO. Paris – França. 1981. p 265-279.
- BRASIL. *Relatório Nacional Brasileiro para a Cúpula Mundial Para o Desenvolvimento Social – Copenhague 1995*. Brasília. Mimeo. 1995.
- _____. Lei Nº 1074/2003. *Estatuto do Idoso*. Brasília: DF, outubro de 2003.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.criancanaoederua.org.br/pdf/Pesquisa%20Nacional%20Sobre%20a%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20Situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Rua.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2016.
- _____. *Cartilha direito à saúde mental*. Ministério Público Federal. Procuradoria dos direitos públicos do cidadão. Roberto Medeiros Gurgel Santos, Gilda Pereira de Carvalho. Maria José Petry. Brasília-DF. 2009.
- _____. Secretaria de 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*. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasília: SDH, 2013.
- CHEUNG, A.M.; HWANG, S.W. Risk of death among homeless woman: a cohort study and review of the literature. *CMAJ*, n. 170, v. 4, p. 1243-1247, 2004.
- CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo Rasga. A concretização de políticas públicas em direção à prevenção da violência estrutural. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, v. 4, n. 1, p.33-52.
- DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. 3. ed. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2000.
- FASC. *Cadastro e Mundo da População Adulta em Situação de Rua de Porto Alegre/RS*. Relatório Final. Contrato 023/2015. Estudos quanti-qualitativos população em situação de rua de Porto Alegre. Fundação da Assistência Social e Cidadania (FASC), Universidade Federal do Rio Grande do Sula (UFRGS), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Laboratório de Observação Social. Estudos quanti-qualitativos. Relatório final. 2016. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/fasc/default.php?reg=41&p_secao=120>. Acesso em 14 fev. 2017.
- FERNANDES, F.S.L.; RAIZER, M.V.; BRÊTAS, A.C.P. Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. *Rev Latino-am Enfermagem*, n. 15 (número especial). set./out. 2007 Disponível em: < <http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 03 maio 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. 2014. *Brasil é reconhecido por políticas públicas em favor de idosos*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/brasil-e-reconhecido-por-politicas-publicas-em-favor-de-idosos>>. Acesso em: 03 maio 2016.

GHIRARDI, M.I.G. et al. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*. 2005, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 601-10, set./ dez. 2005.

HALLAIS, J. A. S.; BARROS, N. F. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 31, v. 7, p;1497-1504, jul. 2015.

MARQUESI, D. C. *Trabalho e Velhice: As implicações da Aposentadoria nas condições de vida dos aposentados da Eletrosul Centrais Elétricas S.A.* Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

MARX, K. *O Brumário e Cartas a Kugelman*. Trad. Leandro Konder. 6.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Nova Cultura, 1988. (Volume I).

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro I, tomo 2, 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1984

MATTOS, R. M.; FERREIRA, R. F. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, n. 16, v. 2, p. 47-58, maio/ago. 2004.

MINAYO, M. C. S. Social Violence from a Public Health Perspective. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 10 (supplement 1), p. 07-18, 1994.

MINAYO, M. C. S. *Violência contra idosos: o avesso de respeito à experiência e à sabedoria*. Brasília; Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2004.

MINAYO M. C. S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUSA, E. R. (Org.) *Curso impactos da violência na saúde*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2007. p. 24-35.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Resolução 466/12*. 2012. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/.../reso466.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educação*, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003

NASCIMENTO, E. P. Juventude: novo alvo da exclusão social. In: BURSZTYN, M. (Org.). *No meio da rua: nômades excluídos e viradores*. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 121-138.

OLIVEIRA, M. C. R.; FERNANDES, M.; CARVALHO, R. R. O papel do idoso na sociedade capitalista contemporânea: uma tentativa de análise. *V Jornada Internacional de Políticas Públicas*. 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/TRANSFORMACOES_NO_MUNDO_DO_TRABALHO/O_PAPEL_DO_IDOSO_NA_SOCIEDADE_CAPITALISTA_CONTEMPORANEA.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2016.

PAIVA, I. K. S.; LIRA, C. D. G.; JUSTINO, J. M. R.; MIRANDA, M. G. O.; SARAIVA, A. K. Mu. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 21, v. 8, p. 2595-2606, 2016.

- RAMOS, L.R. Envelhecimento populacional: um desafio para o envelhecimento em saúde. *I Workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil*. p.85-96. Ouro Preto, CpRR, 2002.
- REIS, M. S. *O movimento nacional da população de rua em São Paulo: um diálogo com as políticas sociais públicas* [monografia]. Franca: Universidade Estadual Paulista; 2011.
- ROS, A. C. P. Produção e reprodução social da violência: rebatimentos da naturalização de processos violentos na sociedade capitalista. *V Jornada Internacional de Políticas Públicas*. Estado, desenvolvimento e crise do capital. São Luis-MA, 2011.
- SAGI. Secretaria de avaliação e gestão da informação. (2010). *1º Censo e Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua*. Júnia Quiroga. Diretora do Departamento de Avaliação (DA/SAGI/MDS). Seminário Nacional sobre Direitos e Garantias da População em Situação de Rua. Mesa: Perfil da População em Situação de Rua. Brasília.
- SILVA, J. F. S. O método de Marx e o estudo da violência estrutural. *Revista Eletrônica da Faculdade de História, Direito e Serviço Social*. Departamento de Serviço Social da UNESP-Franca. 2005. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/O%20Metodo%20em%20Marx.pdf>. Acesso em: 6 jan. 2012.
- SINGULANE, B. A. R.; SILVA, N. B.; SARTES, L. M. A. Histórico e Fatores Associados à Criminalidade e Violência entre Dependentes de Crack. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 21, n. 2, p. 395-407, mai./ago. 2016.
- VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde. *Saúde Soc.* n. 13, v. 1, p. 56-67, 2004.
- VIEIRA, A. B.; FURINI, L.A.; NUNES, M.; LIBÓRIO, R.M.C. Exclusão social: a formação de um conceito. In: MELLAZZO, E. S.; GUIMARÃES, R. B. (Org). *Exclusão social em cidades brasileiras: um desafio para as políticas públicas*. São Paulo: Unesp; 2010. p. 33-58.
- ZALUAR, A. Comentários dos assessores sobre o perfil da população de rua. In: ROSA, C. M. M. (Org.). *População de rua: Brasil-Canadá*. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 53-61.

APÊNDICE G – CARTA DE AUTORIZAÇÃO FASC**CARTA DE APRESENTAÇÃO À INSTITUIÇÃO E DECLARAÇÃO DA
CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO****DECLARAÇÃO DA CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO**

Eu, MARCELO SOARES, brasileiro(a), casado, portador da cédula de identidade nº 103187858, residente e domiciliado(a) à Rua Carlos Von Koenig, nº 700, na cidade de Porto Alegre/RS, **DECLARO QUE A INSTITUIÇÃO FASC – FUNDAÇÃO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E CIDADANIA DA PREFEITURA DE PORTO ALEGRE CONCORDA EM PARTICIPAR DA PESQUISA** referente a Tese do Curso do Doutorado em Gerontologia Biomédica na PUC que trata-se de uma investigação de cunho estritamente científico na qual será garantido o anonimato dos pesquisados e sigilo da instituição sob responsabilidade da pesquisadora CARINE M. Z. DE MATTOS cujo título da pesquisa é **“QUALIDADE DE VIDA DAS PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE RUA NA CAPITAL GAÚCHA”**, estando ciente do projeto e da resolução 466/12, firmo a presente declaração para que produza efeitos legais.

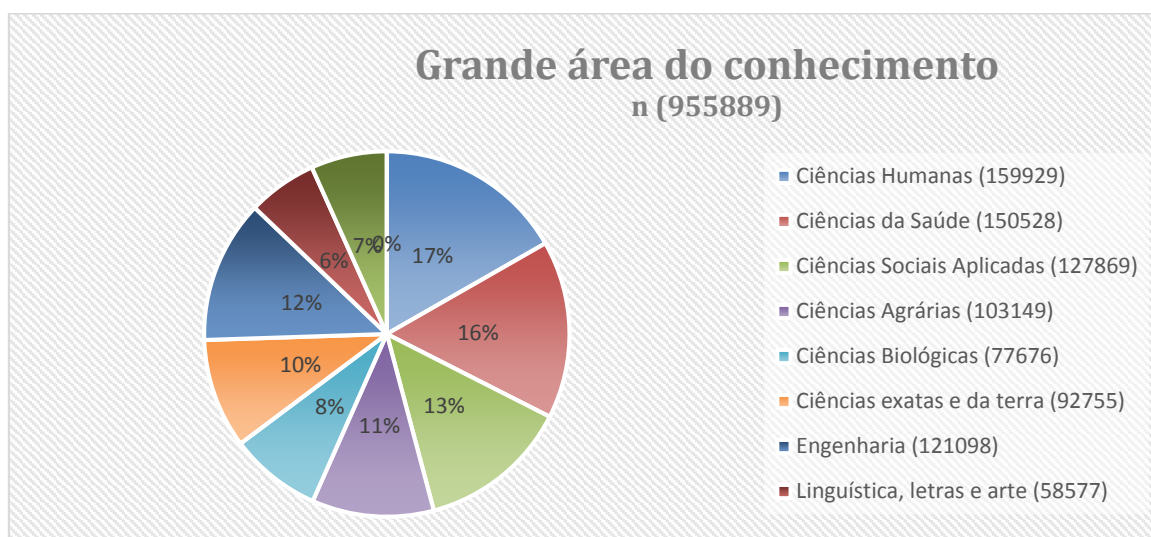
Porto Alegre, 8 de junho de 2015



Presidente FASC

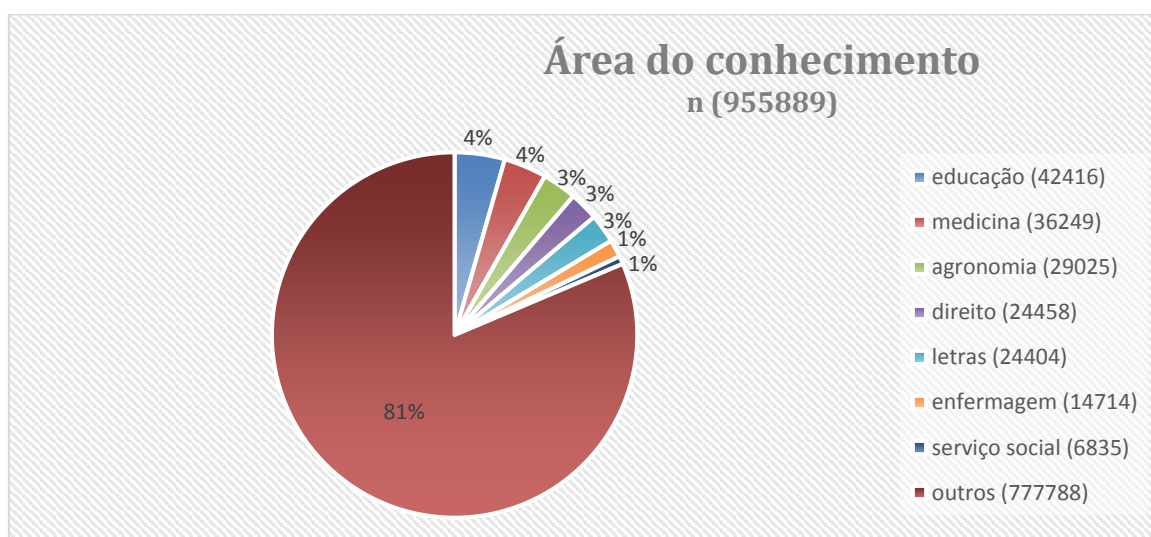
APÊNDICE H – ESTADO DA ARTE

Gráfico 5- Estado da arte de teses e dissertações sobre o tema³⁴ por grande área do conhecimento



Fonte: Mattos (2017)

Gráfico 6 - Estado da arte de teses e dissertações sobre o tema³⁵, por área do conhecimento.

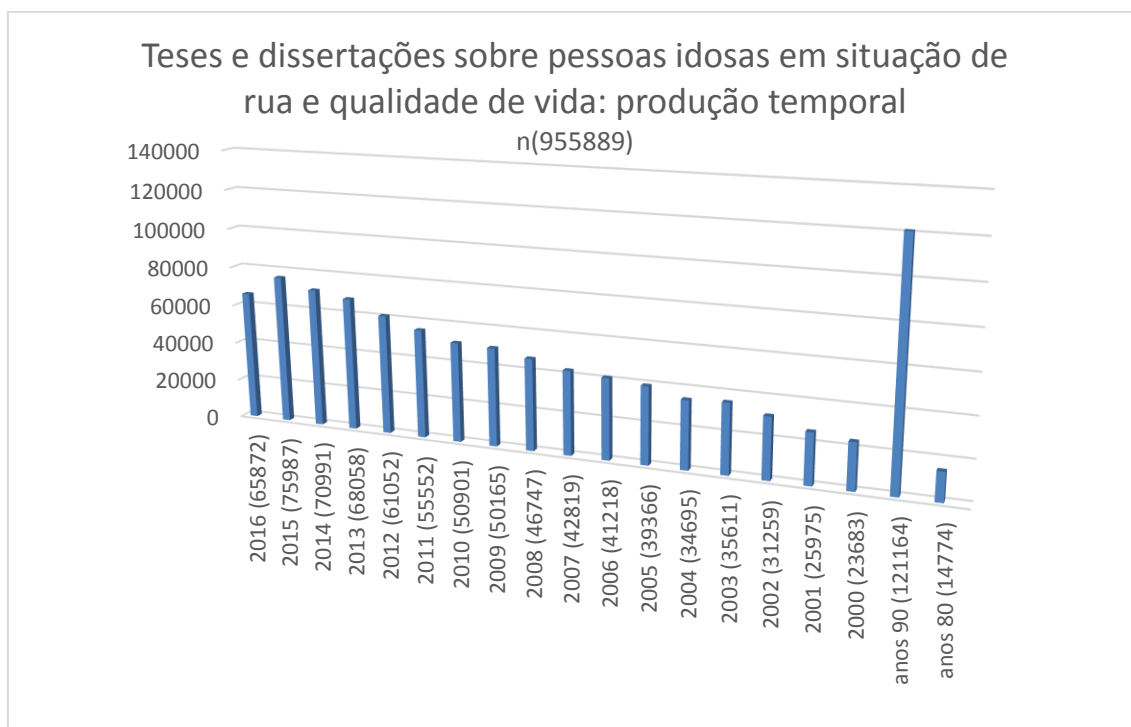


Fonte: Mattos (2017)

³⁴ Tema: refere-se aos termos (palavras -chave) idoso and situação de rua and qualidade de vida

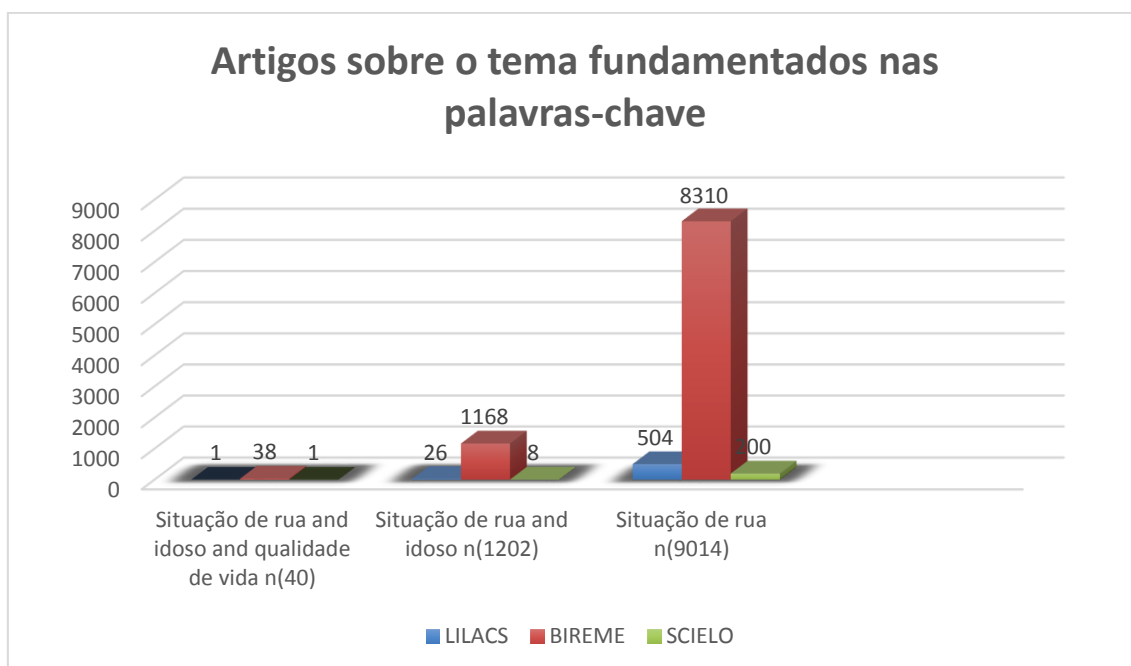
³⁵ Tema: refere-se aos termos (palavras -chave) idoso and situação de rua and qualidade de vida

Gráfico 7- Estado da arte de teses e dissertações temporal sobre o tema



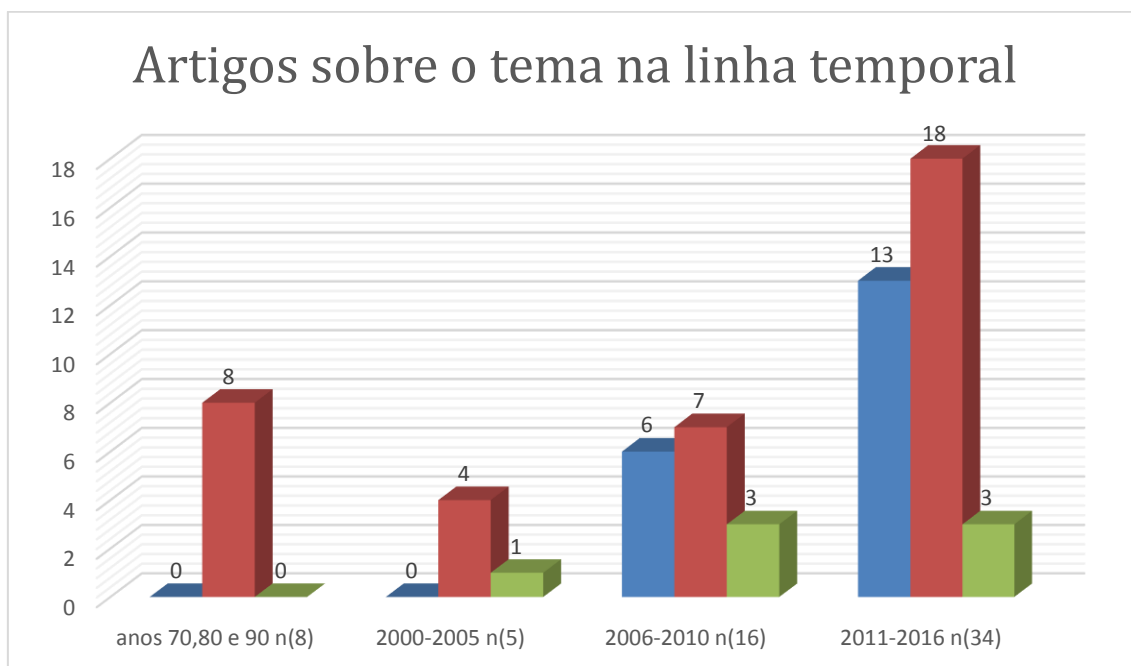
Fonte: Mattos (2017)

Gráfico 8 - Estado da arte de artigos sobre o tema fundamentado nas palavras chave



Fonte: Mattos (2017)

Gráfico 9 - Estado da arte de artigos sobre o tema na linha temporal



*Palavras-chave: situação de rua and idoso**Palavras-chave: situação de rua and idoso and qualidade de vida (ao excluir qualidade de vida são 1168 artigos encontrados)

Fonte: Mattos (2017)

ANEXO A – DOMÍNIOS DE QDV WHOQOL

DOMÍNIOS	FACETAS	CÁLCULO
Domínio 1 - Domínio físico	3. Dor e desconforto 4. Energia e fadiga 10. Sono e repouso 15. Mobilidade 16. Atividades da vida cotidiana 17. Dependência de medicação ou de tratamentos 18. Capacidade de trabalho	PARA CALCULAR O DOMÍNIO FÍSICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 7. (Q3,Q4,Q10,Q15,Q16,Q17,Q18)/7. MESMO FORMATO DEVE SER FEITO NOS DEMAIS
Domínio 2 - Psicológico	5. Sentimentos positivos 6. Pensar, aprender, memória e concentração 7. Auto-estima 11. Imagem corporal e aparência 19. Sentimentos negativos 26. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	PARA CALCULAR O DOMÍNIO PSICOLÓGICO É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 6. (Q5,Q6,Q7,Q11,Q19,Q26)/6
Domínio 3 - Relações sociais	20. Relações pessoais 21. Suporte (Apoio) social 22. Atividade sexual	PARA CALCULAR O DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 3. (Q20,Q21,Q22)/3
Domínio 4 - Meio ambiente	8. Segurança física e proteção 9. Ambiente no lar 12. Recursos financeiros 13. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 14. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 23. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 24. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 25. Transporte	PARA CALCULAR O DOMÍNIO MEIO AMBIENTE É SÓ SOMAR OS VALORES DAS FACETAS E DIVIDIR POR 8. (Q8,Q9,Q12,Q13,Q14,Q23,Q24,Q25)/8 TODOS OS RESULTADOS VÃO SER EM MÉDIA TANTO NO DOMÍNIO QUANTO NAS FACETAS. QUANTO AOS RELATORIOS MESMO FORMATO DO WHOQOL-OLD.

ANEXO B – WHOQOL BRIEF

Whoqol abreviado versão em português.

Instruções

Este formulário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve responder o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve escolher o número 4 se você recebeu "muito" apoio, como abaixo.

	Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve escolher o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Escute cada questão, veja o que você acha e escolha o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
--	--	------	-------------	---------------	----------	--------------

3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?				1	2 3 4 5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?				1	2 3 4 5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?				1	2 3 4 5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?				1	2 3 4 5

21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está como seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Quanto tempo você levou para responder este formulário?

Você tem algum comentário sobre o formulário?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO C – WHOQOL OLD

Instruções

Este formulário pergunta a respeito dos seus pensamentos, sentimentos e sobre certos aspectos de sua qualidade de vida, e aborda questões que podem ser importantes para você como membro mais velho da sociedade.

Por favor, responda todas as perguntas. Se você não está seguro a respeito de que resposta dar a uma pergunta, escolha a que lhe parece mais apropriada. Esta pode ser muitas vezes a sua primeira resposta.

Tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida nas duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser :

O quanto você se preocupa com o que o futuro poderá trazer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

Você deve escolher o número que melhor reflete o quanto você se preocupou com o seu futuro durante as duas últimas semanas. Então você escolheria o número 4 se você se preocupou com o futuro “Bastante”, ou escolheria o número 1 se não tivesse se preocupado “Nada” com o futuro.

Escute cada questão, pense no que sente e escolha o número na escala que seja a melhor resposta para você para cada questão.

Muito obrigado(a) pela sua colaboração!

ESTE INSTRUMENTO NAO DEVE SER APLICADO INDIVIDUALMENTE, MAS SIM EM CONJUNTO COM O INSTRUMENTO WHOQOL-BRIEF

As seguintes questões perguntam sobre o quanto você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

old_01 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_02 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_03 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_04 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_05 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_06 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_07 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_08 O quanto você tem medo de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_09 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões perguntam sobre quão completamente você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

old_10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada	Muito pouco	Medio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada	Muito pouco	Medio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada	Muito pouco	Medio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada	Muito pouco	Medio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

old_14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada	Muito pouco	Medio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu satisfeito, feliz ou bem sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

old_15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

old_19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz	Infeliz	Nem feliz nem infeliz	Feliz	Muito feliz
1	2	3	4	5

old_20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	2	3	4	5

As seguintes questões se referem a qualquer relacionamento íntimo que você possa ter. Considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

old_21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

old_23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

ANEXO D – PERFIL CENSITÁRIO DAS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA DE POA/FASC

Cadastro Censitário dos Adultos em Situação de Rua de Porto Alegre

FICHA CADASTRAL ADULTOS

Número:

Data: |__|__||__|__| 2011

Entrevistador:

Supervisor:

Informante: 1. O próprio 2. Amigo(a) 3. Pai / Mãe 4. Irmãos 5. Companheiro(a) 6. Outro. Quem? _____

Dia da semana: 1. Domingo 2. Segunda 3. Terça 4. Quarta 5. Quinta 6. Sexta 7. Sábado

Turno: 1. Manhã (entre 06h e 12h) 2. Tarde (Entre 12h e 18h) 3. Noite (Entre 18h e 24h) 4. Madrugada (Entre 24h e 06h)

I – LOCAL DA ENTREVISTA

Bairro: Região OP:

Rua/Praça: Nº

Ponto de referência:

II – IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome (sem abreviações):

Apelido: Data de nascimento: ____/____/____ Idade:

Nome da mãe (sem abreviações):

III – DADOS PESSOAIS

1. Sexo

1. <input type="checkbox"/> Masculino	2. <input type="checkbox"/> Feminino <i>(Anotar sem perguntar)</i>
---------------------------------------	--------------------------------------------------------------------

2. Onde nasceu?

1. POA
2. Região Metropolitana *(Passe para a questão 4)*
3. Interior do estado *(Passe para a questão 4)*
4. Outro estado *(Passe para a questão 4)*
5. Outro país. Qual? _____ *(Passe para a questão 4)*

3. Sempre morou em Porto Alegre?

1. <input type="checkbox"/> Sim <i>(Passe para a questão 6)</i>	2. <input type="checkbox"/> Não
-----------------------------------------------------------------	---------------------------------

4. Onde morava antes de vir a Porto Alegre?

1. Região Metropolitana
2. Interior do estado
3. Outro estado
4. Outro país

5. Há quanto tempo vive em Porto Alegre?

1. Há menos de 01 ano
2. Entre 01 e 05 anos
3. Entre 05 e 10 anos
4. Entre 10 e 20 anos
5. Mais de 20 anos

6. Há quanto tempo está em situação de rua?

1. Há menos de 01 ano
2. Entre 01 e 05 anos
3. Entre 05 e 10 anos
4. Entre 10 e 20 anos
5. Mais de 20 anos

7. Vou listar alguns documentos, me diga, por favor, quais você possui:

Documentos	1. Sim	2. Não
Carteira de Identidade
CPF
Carteira de trabalho
Título de eleitor
Certidão de Nascimento/casamento
Cartão SUS
CAD Único

8. Sabe ler e escrever?

1. Sim, sei ler e escrever
2. Apenas escrever o nome *(Anote alternativa 1 na questão 9)*
3. Não sei ler nem escrever *(Anote alternativa 1 na questão 9)*

9. Foi à escola até que série? *(Última série concluída)*

1. Analfabeto
2. Ensino Fundamental incompleto
3. Ensino Fundamental completo
4. Ensino Médio incompleto
5. Ensino Médio completo
6. Ensino Superior incompleto
7. Ensino Superior completo
8. Pós-Graduação

10. Qual o local onde dorme com mais frequência? *(Não ler as alternativas, marcar apenas uma resposta)*

1. Praças / parques / praças
2. Pontes/viadutos
3. Casas e prédios abandonados/mocós
4. Calçadas / Calçada
5. Hotéis/ Pensão
6. Albergue
7. Abrigo
8. Em minha casa
9. Na casa de amigos/parentes
10. Outro. Qual? _____

11. Quais os lugares em que passa bastante tempo durante o dia? *(Não ler as alternativas, marcar o 1º, 2º e 3º lugares)*

Lugares	1º	2º	3º
1. Praças / parques			
2. Marquise			
3. Ponte/viadutos			
4. Beira do rio			
5. Sinaleira			
6. Estacionamento			
7. Rodoviária			
8. Ponto do ônibus / Terminal de ônibus			
8. Calçadas / Calçada			
9. Em frente a comércio			
10. Pelas ruas / perambulando			
11. Casas de conveniência/abrigo			
12. Tele-centros			
13. Outro. Especifique:			

12. O que faz principalmente para sobreviver? *(Não ler as alternativas, marcar apenas uma resposta)*

1. Construção civil/pedreiro/ pintor
2. Lava/guarda carros/flanelinha
3. Carga e descarga
4. Vendedor (doces, frutas, amendoim, flores, jornais)
5. Catador de materiais recicláveis
6. Distribui panfletos
7. Limpeza/faxina
8. Faz programas/ Prostituição
9. Reciclagem
10. Pede/achaca
11. Jardinagem
12. Outro. Qual? _____

13. Agora vou listar algumas doenças ou problemas de saúde, me diga, por favor, se tem ou não: *(Leia cada uma das doenças e anote)*

Doenças	1. Sim	2. Não
Doenças de pele		
DST		
HIV / AIDS		
Doença mental / Psiquiátrica / Psicológica / Depressão / Dos nervos / Da cabeça		
Dependência química / Álcool		
Doenças respiratórias/ Asma		
Tuberculose		
Diabetes		
Hepatite		
Doença cardíaca/Sofre do coração		
Dores no corpo		
Pressão alta		
Nos dentes		
Deficiência Física		
Com atadura/ tala/ gesso		
Outra. Qual?		

14. Qual é a sua orientação sexual?

1. Heterossexual 4. Transexual
 2. Homossexual (Gay, lésbica) 5. Bissexual
 3. Travesti

15. Agora vou listar alguns produtos, me diga, por favor, se usa ou consome algum deles: *(Leia cada um dos produtos e anote)*

Produtos	1. Todos os dias	2. De vez em quando	3. Não usa
Medicamentos (xaropes, calmantes ou analgésicos)			
Maconha (verde, pau podre, beck, baseado)			
Bebida alcoólica (cachaça, cerveja, uísque)			
Craque (pedra, brita, diaba)			
Cocaína (pó)			
Cigarro			
Heroína			
Álcool medicinal			

16. Você acessa ou já acessou algum(ns) desses serviços?

SERVIÇOS	1. Sim	2. Não
CRAS		
CREAS		
Casa de Convivência		

17. Qual a sua raça / cor? (Marque com um X em cada coluna)

Raça / Cor	Atribuída pelo entrevistador	Auto definida (não ler as opções)
1. Branca		
2. Negro/Preta		
3. Parda		
4. Amarela		
5. Indígena		
6. Outra. Qual?		

Anote sem perguntar:

18. O entrevistado:

1. Apresentava sinais de alcoolismo ou drogadição (associação entre o cheiro de álcool, porte de bebida/drogas, confusão ou lentidão na fala).
2. Estava dormindo
3. Apresentava sinais de desorientação mental e/ou comportamental (encontrava-se falando sozinho, tinha uma fala desconexa, nudez, incapacidade de falar, letargia ou agitação excessiva)
4. Apresentava comportamento agressivo e/ou hostil ao entrevistador.
5. Negou-se a responder a pesquisa.
6. Encontrava-se em plenas condições de responder as perguntas, compreendendo-as, sem sintomas de alteração comportamental/psicológica

19. Em relação ao contexto social onde se encontrava o entrevistado, pode-se perceber que ele estava:

1. Isolado / Sozinho
2. Com outros adultos em situação de rua
3. Com outros adultos, jovens e crianças em situação de rua
4. Com jovens e crianças em situação de rua
5. Com a família

20. Em relação ao contexto territorial, o entrevistado encontrava-se:

1. Instalado/acampado em lugar público
2. Instalado/acampado em lugar privado
3. Descansando/dormindo sem estar acampado
4. Em trânsito/trabalhando
5. Albergue/Casa de Convivência/Abrigo
6. Perambulando

ANEXO E – APROVAÇÃO DO CEP

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua na capital gaúcha.

Pesquisador: Patricia Krieger Grossi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46772315.0.0000.5336

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.186.309

Data da Relatoria: 02/08/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado Qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua na capital gaúcha é um trabalho de doutorado do Instituto de Geriatria e Gerontologia da PUCRS. Tem como proposta analisar a qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua para identificar o perfil destas pessoas e identificar as variáveis que interferem no processo de envelhecimento. O estudo será realizado mediante aplicação de formulários e respostas gravadas que serão analisadas por um método misto mediante abordagens quantitativa e qualitativa. A coleta de dados aconteceu nas ruas e nos serviços oferecidos pela FASC para a população em situação de rua.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a qualidade de vida da população idosa em situação de rua da capital gaúcha, identificar o perfil sociocultural e demográfico, bem como investigar as variáveis afetadas e sua influência no processo do envelhecimento, tendo como perspectiva despertar o olhar da sociedade e das políticas públicas mediante esta realidade.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e referem-se principalmente à saúde mental ao refletir sobre questões emotivas na resposta dos formulários. Quanto aos benefícios, embora estes não sejam diretos, com base nos resultados serão sugeridas ações de promoção à qualidade de vida para idosos em situação de rua.

Endereço: Av.Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505

Bairro: Partenon

CEP: 90.619-000

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3320-3345

Fax: (51)3320-3345

E-mail: cep@pucrs.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DO RIO GRANDE
DO SUL - PUC/RS



Continuação do Parecer: 1.186.309

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto é interessante e está bem construído.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Toda a documentação foi satisfatoriamente apresentada.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 14 de Agosto de 2015

Assinado por:
Rodolfo Herberto Schneider
(Coordenador)

Endereço: Av. Ipiranga, 6681, prédio 40, sala 505
Bairro: Partenon CEP: 90.619-900
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3320-3345 Fax: (51)3320-3345 E-mail: cep@pucrs.br

ANEXO F – APROVAÇÃO DA COMISSÃO CIENTÍFICA

SIPESQ
Sistema de Pesquisas da PUCRS



Código SIPESQ: 6612

Porto Alegre, 16 de junho de 2015.

Prezado(a) Pesquisador(a),

A Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA da PUCRS apreciou e aprovou o Projeto de Pesquisa "Qualidade de vida das pessoas idosas em situação de rua na capital gaúcha" coordenado por PATRICIA KRIEGER GROSSI. Caso este projeto necessite apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e/ou da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA), toda a documentação anexa deve ser idêntica à documentação enviada ao CEP/CEUA, juntamente com o Documento Unificado gerado pelo SIPESQ.

Atenciosamente,

Comissão Científica do INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA