

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA – PPGGERO

**PROCESSO DE ENVELHECIMENTO, VELHICE E
VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DE SITUAÇÃO DE RUA**

Tatiane Vieira Martins de Oliveira

SÃO CARLOS

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – UFSCar
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA – PPGGERO

**PROCESSO DE ENVELHECIMENTO, VELHICE E
VULNERABILIDADE NO CONTEXTO DE SITUAÇÃO DE RUA**

Tatiane Vieira Martins de Oliveira

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos como parte da obtenção do título de Mestre em Gerontologia. **Linha de Pesquisa:** Gestão, Tecnologia e Inovação em Gerontologia. **Orientação:** Profa. Dra. Marisa Silvana Zazzetta.

SÃO CARLOS

2020

FOLHA DE APROVAÇÃO

PROCESSO DE ENVELHECIMENTO, VELHICE E VULNERABILIDADE NO
CONTEXTO DE SITUAÇÃO DE RUA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

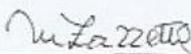


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Gerontologia

Folha de Aprovação

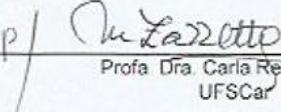
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Tatiane Vieira Martins de Oliveira, realizada em 19/03/2020:



Prof. Dra. Marisa Silvana Zazzetta
UFSCar



Prof. Dr. Jairo da Luz-Oliveira
UFSM



Prof. Dra. Carla Regina Silva
UFSCar

“Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desse trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.”

Oliveira, Tatiane Vieira Martins de

Processo de envelhecimento, velhice e vulnerabilidade no contexto de situação de rua / Tatiane Vieira Martins de Oliveira. -- 2020.
125 f. : 30 cm.

Dissertação (mestrado)-Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador: Marisa Silvana Zazzetta

Banca examinadora: Carla Regina Silva, Jairo da Luz Oliveira

Bibliografia

1. Envelhecimento. 2. Vulnerabilidade social. 3. Pessoas em situação de rua. I. Orientador. II. Universidade Federal de São Carlos. III. Título.

Ficha catalográfica elaborada pelo Programa de Geração Automática da Secretaria Geral de Informática (SIn).

DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário(a) Responsável: Ronildo Santos Prado – CRB/8 7325

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu grande avô José Augusto Vieira (in memoriam), que me ensinou a amar o próximo acima de tudo.

À minha mãe que incentivou cada passo da minha formação.

E a todos os participantes desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família pelo apoio. Em especial minha mãe por incentivar a minha formação, protegendo todos os meus sonhos, me apoiando diariamente em todos os aspectos. À minha avó por ser o porto seguro da família e ser tão presente em nossas vidas. Ao meu avô (in memoriam), ele que nunca mediu esforços para cuidar da família, sendo igualmente perfeito como pai e avô. A minha irmã por ouvir meus medos e inseguranças sempre com tanto carinho, obrigada por cuidar dos meus sentimentos. Ao meu irmão que compartilhou comigo a preocupação com as pessoas em situação de rua.

Dé, por sonhar tão alto por mim e me mostrar inúmeras vezes que sou capaz. Foi fundamental dividir com você a vida sancarlense. Você trouxe a leveza necessária para a vida acadêmica.

Aos meus amigos: Carmel, com quem compartilho todos os momentos e histórias, tanto da vida acadêmica quanto pessoal, sempre estarei com você amiga! Aos meus companheiros da Rep Chiquinho Conselheiro, obrigada por aguentarem os meus momentos de estresse durante esses dois anos. Agradeço também as amizades que São Carlos me deu, meninos da Rep Colômbia, principalmente Maick por todos os rolês e companheirismo.

À minha orientadora Professora Dra Marisa Zazzetta pela paciência, dedicação e carinho com este trabalho. Sendo para mim a maior referência em gerontologia social, foi uma honra trabalhar com você!

Aos participantes que se disponibilizaram a apoiar essa pesquisa, dividindo suas histórias de vida comigo. Agradeço também as instituições pela receptividade. O CMDM por oportunizar tanta vivência. E a Secretária de Cidadania e Assistência Social e seus funcionários que possibilitaram aprendizados desde a aceitação do projeto, coleta e também na participação como voluntária no censo.

Agradeço o Professor Dr Marcos Garcia, que fez sugestões valiosíssimas no período de qualificação.

Agradeço a todo corpo docente do DGero pela oportunidade de ensino na graduação e pós-graduação. E nossa querida UFSCar, nossa universidade pública, maior símbolo de resistência política do Brasil. Obrigada pela sua excelência em ensino, extensão e pesquisa.
RESISTA!

É!

A gente quer valer o nosso amor
A gente quer valer nosso suor
A gente quer valer o nosso humor
A gente quer do bom e do melhor

A gente quer carinho e atenção
A gente quer calor no coração
A gente quer suar, mas de prazer
A gente quer é ter muita saúde
A gente quer viver a liberdade
A gente quer viver felicidade

É!

A gente não tem cara de panaca
A gente não tem jeito de babaca
A gente não está
Com a bunda exposta na janela
Pra passar a mão nela

É!

A gente quer viver pleno direito
A gente quer viver todo respeito
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão
A gente quer viver uma nação

É, é, é, é, é, é, é!

A gente quer valer nosso suor
A gente quer valer o nosso humor
A gente quer do bom e do melhor

É!

A gente quer valer o nosso amor
A gente quer carinho e atenção
A gente quer calor no coração
A gente quer suar, mas de prazer
A gente quer é ter muita saúde
A gente quer viver a liberdade
A gente quer viver felicidade

É!

A gente não tem cara de panaca
A gente não tem jeito de babaca
A gente não está
Com a bunda exposta na janela
Pra passar a mão nela

É!

A gente quer viver pleno direito
A gente quer viver todo respeito
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão
A gente quer viver uma nação

A gente quer é ser um cidadão
A gente quer viver uma nação
A gente quer é ser um cidadão
A gente quer viver uma nação

É - Gonzaguinha

OLIVEIRA, Tatiane Vieira Martins. **Processo de envelhecimento, velhice e vulnerabilidade no contexto de situação de rua**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020.

RESUMO

Á medida que a transição demográfica torna-se uma realidade é de suma importância estudar os diversos contextos em que a população está inserida e se influenciam no envelhecimento. Atualmente há poucos estudos que visam identificar o cenário de idosos em situação vulnerável por não possuir residência fixa. Com isso, o objetivo deste estudo é analisar a vulnerabilidade da população em situação de rua, avaliando a relação entre o cuidado, acolhimento ofertado pelos equipamentos e os impactos nas condições de saúde. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, baseado no método misto de investigação por meio de entrevista semiestruturada e aplicação de instrumentos de rastreios amplamente utilizados em pesquisas, o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF- 20), Mini-Exame do Estado Mental, além da avaliação subjetiva da saúde e satisfação global com a vida. Tendo como público-alvo pessoas com 45 anos ou mais, que transitam pelos equipamentos que atendem população em situação de rua do município de São Carlos- SP. A amostra foi de 40 indivíduos com média de idade de 51 ($\pm 5,34$) anos, maior predominância de homens, com baixo nível de escolaridade, e apresentando demandas financeiras resultantes do desemprego crônico. Com média de aproximadamente 8 ($\pm 8,69$) anos em situação de rua. Apresentando dependência química, e considerável número de doenças e queixas de saúde. Além disso, 25% apresentaram comprometimento cognitivo e 35% fragilidade. Relataram baixo suporte social. Dessa forma, apresentam demandas para a saúde e assistência social em processo de envelhecimento.

Palavras-chave: Envelhecimento; Pessoas em Situação de Rua; Vulnerabilidade Social; Saúde.

OLIVEIRA, Tatiane Vieira Martins. **Aging process, old age and vulnerability in the context of homelessness.** Dissertation. Masters in Gerontology. University Federal of São Carlos, UFSCar, 2020.

ABSTRACT

As the demographic transition becomes a reality, it is of the utmost importance to study the various contexts in which the population is inserted and to influence aging. Currently there are few studies that seek to identify the scenario of elderly people in a vulnerable situation because they do not have a fixed residence. Thus, the objective of this study is to analyze the vulnerability of the population in the street situation, evaluating the relationship between care, reception offered by the equipment and the impacts on health conditions. This is a cross-sectional, descriptive study based on the mixed method of investigation through semi-structured interviews and the application of screening tools widely used in research, the Clinical Functional Vulnerability Index (IVCF-20), Minimal Mental State Examination, as well as subjective assessment of health and overall satisfaction with life. Having as target people aged 45 or over, who use the equipment that serves the homeless population of the city of São Carlos - SP. The sample consisted of 40 individuals with an average age of 51 (\pm 5.34) years, a greater predominance of men, with a low level of education, and presenting financial demands resulting from chronic unemployment. With an average of approximately 8 (\pm 8.69) years on the streets. Presenting chemical dependency, and a considerable number of diseases and health complaints. In addition, 25% had cognitive impairment and 35% fragility. They reported low social support. Thus, they present demands for health and social assistance in the aging process.

Keywords: Homeless Persons; Aging; Social Vulnerability; Health.

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1- Fluxograma de participantes envolvidos no estudo, São Carlos, SP, 2019.....	51
Tabela 1- Características sociodemográficas, São Carlos, SP, 2019.....	52
Tabela 2: Dados de saúde, São Carlos, SP.....	57
Tabela 3: Uso de substâncias químicas de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.....	59
Tabela 4: Adesão a equipamentos do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social, São Carlos, SP, 2019.....	60
Tabela 5: Distribuição dos resultados da Avaliação Subjetiva de Saúde de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.....	62
Tabela 6: Distribuição dos resultados da Avaliação de Satisfação Global com a Vida de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.....	63
Tabela 7: Distribuição dos domínios do Mini- exame do estado mental de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.....	64
Tabela 8: Distribuição dos domínios do Índice de vulnerabilidade clínico funcional de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.....	65
Tabela 9: Comparação do tempo de rua em relação às variáveis de saúde dos questionários, São Carlos, SP, 2019.....	66
Tabela 10: Comparação do tempo de rua em relação às variáveis idade e escolaridade, São Carlos, SP, 2019.....	67
Figura 2: Categorização dos resultados qualitativos, São Carlos, SP, 2019.....	69
Figura 3: Diagrama representativo do desenho do estudo quant + qual, São Carlos, SP, 2019.....	87
Figura 4: Integração de dados.....	92

LISTA DE SIGLAS E ABREVIAMENTOS

ABVD- Atividade Básica de Vida Diária

AVD- Atividade de Vida Diária

CAPS AD- Centro de Atenção Psicossocial Especializado em transtornos causados pelo Álcool e Drogas

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CMDM- Comunidade Missionária Divina Misericórdia

CPF- Cadastro de Pessoa Física

CREAS- Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CREAS POP ou Centro POP- Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

HIV- *Human Immuno deficiency Virus*/ Vírus da Imunodeficiência Humana

HU- Hospital Universitário

GM- Guarda Municipal

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

ISTs- Infecções Sexualmente Transmissíveis

IVCF 20- Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional

MEEM- Mini Exame do Estado Mental

MOVA- Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos

OMS- Organização Mundial de Saúde

PET- Programa Educacional Tutorial

PM- Polícia Militar

PP- Políticas Públicas

PPGGero- Programa de Pós- Graduação em Gerontologia

PSR- População em Situação de Rua

RG- Registro Geral

SPSS 20- *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20

SUAS- Sistema Único de Assistência Social

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

UFSCar- Universidade Federal de São Carlos

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

USP- Universidade de São Paulo

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A- Questionário Semiestruturado

Apêndice B- Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

LISTA DE ANEXOS

Anexo A- Avaliação Subjetiva da saúde

Anexo B- Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional- 20 (IVCF- 20)

Anexo C- Mini- Exame do Estado Mental (MEEM)

Anexo D- Parecer Comitê de Ética

Anexo E- Satisfação global com a vida

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	17
2. INTRODUÇÃO	20
2.1. Envelhecimento populacional e Processo de envelhecimento	20
2.2. População em situação de rua	21
2.3. Vulnerabilidade Social e Fragilidade	23
2.4. Contexto internacional e local da população em situação de rua	25
2.5. Políticas Públicas para a população em situação de rua	27
3. JUSTIFICATIVA	30
4. OBJETIVOS	32
4.1. Declaração do objetivo principal	32
4.2. Objetivos específicos	32
5. MÉTODO	33
5.1 Fundamentos teóricos metodológicos da pesquisa	33
5.1.1 Vida Cotidiana	36
5.2. Delineamento do estudo, local e participantes.	37
5.3. Aspectos éticos	39
5.4. Instrumentos de Coleta de dados	39
5.4.1. Entrevista Semiestruturada	40
5.4.2. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional- 20 (IVCF- 20)	40
5.4.3. Avaliação Subjetiva da saúde	41
5.4.4. Satisfação global com a vida	41
5.4.5 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	41
5.5. Forma de análise dos resultados.	42
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
6.1. Descrição CREAS POP/Centro Pop	44
6.2. Descrição Comunidade Missionária Divina Misericórdia (CMDM)	47
6.3. Resultados Quantitativos	50
6.3.1. Perfil sociodemográficos	52
6.3.2 Características de saúde e de adesão à equipamentos	57
6.3.3 Correlações	66
6.4. Resultados Qualitativos	68
6.4.1 Motivos	70

6.4.2. Suporte Social	75
6.4.3. Violência	82
6.4.4. Processo de envelhecimento	83
6.5. Mixagem: integração dos dados quantitativos e qualitativos	86
6.6. Discussão a luz da historicidade e totalidade de pessoas em situação de rua	92
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	97
8. REFERÊNCIAS	100
APÊNDICES	110
ANEXOS	117

1. APRESENTAÇÃO

A graduação em gerontologia é essencialmente interdisciplinar e o foco biopsicossocial possibilita a abrangência multidimensional da área de Gerontologia como campo de conhecimento. No entanto, é comum os graduandos e graduados terem maior enfoque na área biológica, já que a saúde é o campo de dominância do curso, por estar vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde na Universidade Federal de São Carlos. Com isso, estudos em que o interesse é a Gerontologia Social ainda são incipientes, e desses são escassas as pesquisas cujo objeto de estudo é o envelhecimento em pessoas em situação de rua.

O interesse por realizar a presente pesquisa surgiu através de um fascínio pela área social, que me possibilitou observar e analisar de maneira mais atenciosa e crítica o mundo que vivemos. Compreendendo assim, a relevância de refletir e produzir conhecimento para interpretar a realidade vivenciada por pessoas em condições de vulnerabilidade social.

Brotou assim o interesse por discutir a desigualdade no processo de envelhecimento humano, a fim de compreender as necessidades e as demandas, desejos e perspectivas da população que envelhece. Nesse sentido, a nova linha de pesquisa da Prof.^a Dr.^a Marisa que visa discutir o processo de envelhecimento de pessoas em contexto de alta vulnerabilidade social, me chamou muita atenção e despertou grande interesse. Foi quando decidi passar por processo seletivo para o ingresso no mestrado e após aprovação, discutimos o projeto e aperfeiçoamos juntas. A cada leitura o desejo por realizar a pesquisa foi crescendo.

O aprofundamento nas leituras me impactou, devido às dificuldades, violências e violações que as pessoas em situação de rua sofrem diariamente, e me faziam refletir se eu estaria preparada para ouvir a história de vida deles. Com o tempo compreendi que a pesquisa se faz necessária, pois é um dos meios pelo qual a universidade pode auxiliar apresentando as demandas da população em situação de rua para criação de políticas públicas. Além disso, me ajudou a compreender e a aprimorar a empatia enquanto profissional e pesquisadora.

Neste percurso, conhecer o campo de estudo fez parte do caminho percorrido por essa pesquisa. Com isso, enquanto aguardava o Comitê de Ética, no ano de 2018 iniciei através do acompanhamento da extensão intitulada “Ampliação e fortalecimento da rede de parceiros nos cenários de prática” tendo a Prof.^a Dr.^a Marisa como coordenadora, e que contava com uma bolsista de graduação. A extensão teve duração de quatro meses, com encontros semanais numa instituição que tem como público-alvo pessoas com diversas demandas, entre elas social e de saúde. Neste período, tive a oportunidade de dialogar, trocar experiências com os residentes, durante nossas atividades, que ocorreram através de dinâmicas ou abordando temas do cotidiano, mas com enfoque na Educação em Saúde. Essa experiência possibilitou conhecer parte da população em situação de rua da cidade, e eles me conhecerem, criando vínculos que permaneceram e auxiliaram no decorrer desta pesquisa.

Já em 2019, a Prefeitura de São Carlos teve a iniciativa de realizar o 1º Censo da População em Situação de rua da cidade, em que me voluntariei a participar, o censo teve duração de três dias e percorreu a cidade focalizando nos pontos principais que essa população costuma ficar. Essa oportunidade garantiu conhecer a realidade de vida na rua de todas as faixas etárias de uma forma mais sensível e construtiva. Espero conseguir transmitir isso neste estudo de alguma forma.

Além disso, espero que este estudo possa ser uma forma de agradecer todos os ganhos incalculáveis durante esses dois anos, nas diversas fases de construção do mesmo, enquanto voluntária na extensão, voluntária do censo e pesquisadora. Todas essas fases foram igualmente importantes para a minha formação profissional e elaboração desta pesquisa.

Sobre tudo espero atender todas as expectativas do meu público-alvo, das pessoas que de alguma forma contribuíram para o desenvolvimento desta trajetória e inicio pedindo licença a todos eles.

A presente pesquisa contextualiza o processo de envelhecimento humano de pessoas em situação de rua dentro de uma faixa etária específica no município de São Carlos-SP.

O texto da dissertação inicia com a Introdução, a qual auxilia o leitor na compreensão do fenômeno estudado, em que apresentaremos os principais conceitos e

trajetória histórica da construção teórica e científica dos mesmos. Dessa forma, elaborou-se a argumentação para o embasamento para apresentação da justificativa. Na sequência se apresenta a declaração do objetivo principal do estudo que seguiu o método misto, com base em Creswell (2007), seguido do público-alvo, local, delineamento do estudo e instrumentos utilizados para a coleta de dados. Por se tratar de uma metodologia mista, apresenta-se, na sequência o modo de análise quantitativa e qualitativa realizada à luz da dialética, considerando a historicidade, totalidade e contradição. Os resultados iniciam com a descrição das instituições, seguidos dos resultados quantitativos, exibidos por meio de tabelas e textos para uma boa visualização do leitor. Na sequência se descrevem os resultados quantitativos com falas dos entrevistados. Conforme o método escolhido, os resultados finalizam com a seção em que se demonstra a integração dos dados quantitativos e qualitativos. Posteriormente se apresenta a discussão dos resultados, conforme a dialética, destacando as principais contradições, considerando a sua historicidade e totalidade. A dissertação finaliza com, limitações do estudo, as conclusões da pesquisa e contribuições para trabalhos futuros.

2. INTRODUÇÃO

2.1. Envelhecimento populacional e Processo de envelhecimento

O envelhecimento populacional é justificado a partir da queda das taxas de natalidade, bem como, de fecundidade e mortalidade. Esses processos provocaram duas consequências, queda na taxa de crescimento da população como um todo e mudanças consideráveis na estrutura etária, chamado de transição demográfica. Através dos seguintes dados é possível compreender essa relação, em 1940 os idosos representavam 4,1% da população geral brasileira, esse número triplicou e ultrapassou os 13% em 2017, projeções demonstram que em 2060 eles serão cerca de 30% (CARAMANO & KANSO, 2016; IBGE, 2018).

O processo de envelhecimento é gradual e inicia a partir do momento que nascemos, cada fase desse processo possui suas especificidades. A senescência é frequentemente relacionada, pela sociedade, a questões negativas devido aos estereótipos associados à velhice. Com o intuito de intervir nesse paradigma surge a gerontologia, como área de conhecimento que estuda e compreende a necessidade de estudar o processo de envelhecimento humano desde suas múltiplas dimensões, biológica, psicológica, social, política, econômica, entre outras (ARPIANI, 2019).

O aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão para o desenvolvimento da área, explicando o crescente número de estudos. Por outro lado, a gerontologia para abranger tais dimensões precisou da interdisciplinaridade. A gerontologia social a qual este trabalho está associado discute os aspectos antropológicos, sociológicos, psicológicos, legais ambientais, econômicos, éticos e de políticas de saúde e da assistência social. Busca compreender o indivíduo desde sua singularidade, mas como um ser heterogêneo que é fortemente impactado pelo cenário que está inserido, no qual assume particularmente desafios dos problemas econômicos e sociais que grande parte dos idosos sofre (PAPALÉO NETTO, 2016).

Nesse sentido, Miranda, Mendes e Andrade da Silva (2016), concluem que o envelhecimento engloba os mais diversos contextos e com isso, devem-se desenvolver mais estudos capazes abranger idosos sozinhos ou sem apoio de familiares e de baixa renda. Nesta perspectiva, surge o estudo da população que envelhece em situação de rua, pois pouco se sabe sobre as condições que permeiam esse processo, devido ao contexto. O envelhecimento na população em situação de rua está sendo observado no Brasil (IPEA,

2017; SICARI & ZANELLA, 2018). Países como os Estados Unidos e europeus vêm experimentando esse novo quadro há mais tempo, em 1990 a população de rua com mais de 50 anos correspondia a 10% e atualmente estima-se que um terço represente essa faixa (HAHN et al, 2006; BROWN et al, 2016).

2.2. População em situação de rua

Define-se por população em situação de rua, grupo heterogêneo de pessoas que utiliza o logradouro como espaço de moradia e sobrevivência, não possuindo moradia fixa, podendo habitar transitoriamente em albergues/casas de passagem ou pensões (BRASIL, 2015). A definição adotada pela Política Nacional para a População em Situação de Rua a define como um grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2008).

Andrade, Costa e Marquetti (2014), trazem a definição de rua conforme o dicionário Larousse de Língua Portuguesa, que apresenta as seguintes definições:

“[...] **3** Os moradores de rua. **4** A plebe. Interjeição exprime despedida violenta e grosseira. R. da amargura: tortura, sofrimento. Arrastar pela rua da amargura: atacar a reputação, o crédito; descobrir os defeitos; dizer mal. Deixar (de herança) as ruas francas para passear: nada deixar. Encher a rua de pernas: vagabundar. Pôr na rua: a) dar liberdade, soltar; b) despedir; c) intimar alguém a sair da casa onde está ou mora. d) aparecer aos olhos de todos (Larousse Cultural, 1999, p. 802).

Nesse sentido a definição que se sobrepõe é a “quarta” que atribui a rua como sinal de libertação e ao mesmo tempo se relaciona à exclusão. Andrade, Costa & Marquetti (2014), discutem também “pôr na rua” que pode ser apresentado como sinal de intimidação, de despejo. No sentido mais amplo do termo “sair à rua” apresenta contradições, pode ser compreendido como sinal de liberdade, ao mesmo tempo significa ficar a vista de todos, sugerindo que a rua é espaço público de grande notoriedade. No entanto quando se trata da pessoa em situação de rua, a visibilidade pode se confundir com invisibilidade.

A invisibilidade é retratada pela falta de dados oficiais sobre a caracterização da população em situação de rua, o censo populacional contabiliza apenas a população domiciliada. As últimas estimativas surgem por meio de dados disponibilizados pelos municípios de médio e grande porte, pois se sabe que a maioria da população em situação de rua tende a se concentrar em centros urbanos, localizados em grandes cidades, pelo fato de haver mais recursos, possibilidades e oportunidades (BRASIL, 2008; IPEA, 2017). Segundo os censos realizados com essa população os motivos que levam o indivíduo à rua são: doenças sexualmente transmissíveis, abandono familiar, crise financeira, violência doméstica, doenças mentais, ser egresso do sistema prisional e dependência química (BELO HORIZONTE, 2006; BRASIL, 2008; DA SILVA GUSMÃO et al, 2012; GIORGETTI, 2015).

Existem três categorias que caracterizam as pessoas em situação de rua, são elas, ficar na rua circunstancialmente, o estar na rua recentemente, e o estar na rua permanentemente. O primeiro termo é justificado a partir daquele indivíduo que em um momento de precariedade recorre à rua, mas busca distanciamento, pois estão ou acreditam estar nessa situação provisoriamente. O segundo trata-se de indivíduos que adotam a rua para pernoite e não consideram a rua tão ameaçadora. E a última categoria é quando se torna mais difícil alternar a rua com outros lugares (trabalhos, casas de passagem e residência), geralmente ocorre com aqueles que se encontram a mais tempo nas ruas, nestes casos os sinais de precariedade se tornam mais evidentes devido à constante má alimentação, falta de cuidados básicos, como por exemplo (higiene e apresentam saúde frágil, ficando cada vez mais evidente a sua vulnerabilidade (VIEIRA, BEZERRA e ROSA, 1994).

Perante a escassez de recursos financeiros, privação de benefícios e desigualdade social, as pessoas se deparam com a impossibilidade de atender as necessidades básicas e conseqüentemente causando prejuízos ao longo da vida. Quando somado às perdas associadas ao processo de envelhecimento no contexto de alta vulnerabilidade social faz com que apresentem predisposição à adoecer ou agravamento de doenças pré-existentes (SANTOS-ORLANDI, 2017).

2.3. Vulnerabilidade Social e Fragilidade

A palavra vulnerabilidade vem do latim *vulnerare*, que significa “ferir” ou “possibilidade de ser ferido” (DE WITTE et al, 2013).

“É um conceito que emerge das ciências sociais e remete ao impacto dos desastres naturais sobre o homem. Cada indivíduo cresce e se desenvolve com uma reserva funcional, constituída por elementos tais como, condições de saúde, suporte familiar e recursos materiais. A vulnerabilidade é um processo que se desenvolve ao longo da vida como resultado pessoal das agressões sofridas pelo indivíduo, tanto no plano biológico quanto no plano material e, também, no plano social. A maneira como o indivíduo responde a essas agressões depende dos mecanismos de resposta desenvolvidos a partir das experiências vividas” (SCHRÖDER-BUTTERFILL; MARIANTI, 2006).

Do ponto de vista da saúde pública o termo passou a ser estudado na década de 90 devido a associação com HIV/AIDS em que finalmente foram desenhados modelos de intervenção de atenção integral e processo de mobilização seguindo os fundamentos dos Direitos Humanos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

O termo se refere a capacidade de um indivíduo sofrer dano em resposta a um estímulo negativo, é a maneira como indivíduo responde a essas agressões sofridas ao longo da vida. A vulnerabilidade pode ser discutida tanto do ponto de vista biomédico quanto social e econômico (FREITAS et al, 2017). A vulnerabilidade biológica ou individual está associada às questões emocionais, físicas e cognitivas. Já a vulnerabilidade social está atrelada à ausência ou dificuldade no acesso à renda, além de fragilidade nos vínculos afetivo-relacionais e principalmente na desigualdade de acesso a bens e serviços (CESTARI et al, 2017; CARMO; GUIZARDI, 2018).

Ayres et al (2006), propõem três categorias para vulnerabilidade: individual, social e programática, com intuito de explicar exposições de determinadas populações ao risco para doenças. A vulnerabilidade individual refere-se a aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais associados às relações sociais. A social compreende os aspectos sociais, culturais e econômicos estabelecendo oportunidades de acesso a bens e serviços. Já a programática é caracterizada por recursos sociais fundamentais para a proteção do indivíduo e garantia de integridade e bem-estar biopsicossocial. Para os autores a vulnerabilidade é determinada pela combinação dos três domínios. Além disso, depende também das vivências de como lidam ou lidaram com elas (RODRIGUES; NERI, 2012).

Para os propósitos deste trabalho, vulnerabilidade é considerada como a situação de um indivíduo em processo de envelhecimento sem moradia apresenta maior probabilidade de desenvolver desfechos clínicos adversos, capazes de comprometer sua autonomia e inferir na saúde e na independência.

Com isso, no processo de envelhecimento a vulnerabilidade está associada a maior dependência. Diante desta perspectiva de conceito, a vulnerabilidade associa-se a fragilidade, que é definida como uma síndrome biológica marcada pelas perdas significativas das reservas e menor resistência a estressores caracterizada por diminuição da força, resistência e redução da função fisiológica aumentando a vulnerabilidade do indivíduo para desenvolver maior dependência. Contudo, a diminuição progressiva em vários sistemas fisiológicos estando suscetível aos mais diversos desfechos negativos (MORLEY et al, 2013).

Fried et al (2001) construíram critérios para identificar fragilidade nas pessoas idosas, e consistem em cinco componentes clínicos, incluindo fraqueza muscular, lentidão da marcha, baixa atividade física, sensação de baixa energia ou exaustão e perda de peso não intencional. Se o idoso apresentar de zero a um componente ele é considerado robusto, se apresentar de dois a três é considerado pré-frágil e de três a cinco nota máxima é considerado frágil. Este conceito foi um marco para o termo fragilidade que hoje tem sido cada vez mais discutido e pesquisado na atualidade.

No Brasil Carmo (2014) propôs o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20) composto por 20 questões, é um modelo de triagem rápido e eficaz, que abrange questões multidimensionais sobre a saúde dos idosos, tais como a autopercepção de saúde, cognição, atividades de vida diária, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Este índice surgiu a partir da necessidade observada pelo pesquisador da utilização de um questionário brasileiro que pudesse ser aplicado na baixa e média complexidade para identificação da saúde do idoso, estendendo para identificação de idosos frágeis e vulneráveis. Além disso, o autor discute a relevância de compreender que idosos são uma população heterogênea, pois mesmo aqueles que possuem o mesmo diagnóstico clínico podem ter a capacidade funcional absolutamente distinta um do outro (MORAES et al, 2016).

É de suma importância ressaltar que o conceito de vulnerabilidade social difere do de fragilidade. O primeiro trata-se da carência ou dificuldade de acesso a instituições de segurança social, situações impossibilitam o exercício dos direitos sociais e afetam sua capacidade de reagir a situações de risco, principalmente quando associados aos processos de saúde doença e à interligação com a vulnerabilidade (ANDREW, 2015; MENEZES, 2017).

Segundo a análise de Andrew, Mitnitski e Rockwood (2008) a vulnerabilidade social é mais presente entre indivíduos frágeis e está associada à mortalidade, devido à exposição. Apresentam prevalência de distúrbios mentais como a dependência química, deficiências mentais e psicoses, que podem ocorrer pela falta de acompanhamento psicossocial. Pode-se averiguar dois padrões: um em que os distúrbios mentais podem ser oriundos à situação de rua e o outro recrudescência da mesma. Em ambos a falta de acompanhamento adequado gera risco de morte precoce. Devido a essas questões pendentes essa população tornou-se uma preocupação internacional (DANTAS, 2007; AGUIAR & IRIART, 2012).

2.4. Contexto internacional e local da população em situação de rua

Os modos de vida e o cotidiano de pessoas que vivem em situação de rua foram descritos pelas pesquisas antropológicas e sociológicas que discutem a intensidade da situação de vida desses indivíduos. Recentemente outras áreas se adentraram a investigar este contexto de vida, o que vem possibilitando cada vez mais evidências sobre a população em situação de rua, no âmbito mundial (MELO, 2017).

De acordo com dados internacionais disponibilizados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD) cerca de 0,17% da população estadunidense está em situação de rua, no México cerca de 0,05%, na Europa representados pela Inglaterra com 0,26%, Itália 0,08%, Alemanha 0,41%. Em países em desenvolvimento pertencentes a América Latina e Caribe a OECD apresenta os dados do Chile 0,07%; Brasil 0,04% e Colômbia 0,03% (OECD, 2020).

Apesar dos dados disponibilizados pelo governo brasileiro, Silva e Herrera afirmam em seu estudo publicado em 2008, que em âmbito nacional ao menos 5% da

população já ficou em situação de rua em algum momento, no entanto o relatório do IPEA de 2017 apontou que há aproximadamente 102 mil pessoas em situação de rua, representando menos 0,05% da população total, porém esses dados não contemplam todos os municípios brasileiros, pois somente dois mil realizaram censo com essa população, entretanto há mais de cinco mil cidades de diversos portes pelo país.

A cidade de São Carlos, localizada no interior do estado de São Paulo, é considerada a capital da tecnologia, devido ao alto nível tecnológico das pesquisas realizadas e as grandes indústrias presentes na cidade. As expectativas em relação à cidade tendem a concebê-la como uma grande geradora de empregos apesar do seu tamanho, gerando uma notável migração nesta perspectiva. A cidade atrai uma diversidade de pessoas, dentre elas os trecheiros e os pardais.

“Os pardais são aqueles que constituem trajetória de rua em função da mobilidade, não criam vínculos com as cidades que passam, devido a sua característica nômade. Ele não se estabelece, vive transitando no trecho de municípios diferentes. Oposto de trecheiro é o pardal. Estes fixam na cidade por um longo período, e transitam somente no território da mesma, ou seja, o seu trecho se limita a cidade, ele pode mudar o seu dormitório, o ambiente das relações, mas sem alterar o município por um longo período ou permanentemente. A lógica dos dois é ambígua, enquanto que as representações dos trecheiros estão numa vida mais liberta, de uma escolha individual de total desapego material-afetivo. A do pardal apresenta um universo da falta de opção, ao abandono dos parentes e dos amigos, e quase sempre se exclui o argumento de decisão e sim de uma causa. Além disso, ambos se diferenciam pelas relações institucionais de dependência, de laços familiares e da criação de relações sociais” (MARTINEZ, 2011, p. 16).

Segundo dados apresentados pelo CREAS POP de São Carlos, no evento Fórum: Fala Rua (2018), a instituição atende cerca de 150 pessoas por mês, no entanto, nem todos são fixos, dado que, mensalmente tende a aumentar o número de novos migrantes e trecheiros. No final de 2019 foi realizado pela Secretária de Cidadania e Assistência Social em parceria com a Universidade Federal de São Carlos e com a Universidade de São Paulo, e organizada pelo Centro Pop o 1º Censo da População em Situação de Rua de São Carlos, durante o período de três dias, se entrevistaram um total de 246 pessoas, ultrapassando as expectativas do município. Os entrevistados apresentaram um perfil com características em comum, sendo a maioria homens, pardos ou negros com idade entre 18 e 39 anos.

2.5. Políticas Públicas para a população em situação de rua

Os direitos sociais da população em situação de rua se fortaleceram mediante o Decreto 7.053 de 2009, responsável pela instituição da Polícia Nacional da População em Situação de Rua. Garantindo o acesso a diferentes políticas públicas e programas, além de oferecer ampliação da rede com a implementação de políticas específicas para a população em situação de rua. Nessa perspectiva, a Política Nacional de Assistência Social trouxe o Decreto 7.053 garantindo novas possibilidades para a PSR (GOMES & ELIAS, 2016).

Os albergues atualmente chamados de Casa de Passagem conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, surgiram com a proposta de oferecer à PSR a pernoite, banho e ao menos duas refeições diárias. As Casas de Passagem para a maioria é a única oportunidade de suprir necessidades básicas, como o banho, alimentação, descanso e segurança. O modelo vem se modificando ao longo do tempo, não se trata apenas de uma alteração de nomenclatura, as Casas de Passagem vêm sofrendo reestruturação, focalizando na humanização, conforme descrito na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2014):

“Deve funcionar em unidade inserida na comunidade com características residenciais, ambiente acolhedor e estrutura física adequada, visando o desenvolvimento de relações mais próximas do ambiente familiar. As edificações devem ser organizadas de forma a atender aos requisitos previstos nos regulamentos existentes e às necessidades dos usuários, oferecendo condições de habitabilidade, higiene, salubridade, segurança, acessibilidade e privacidade” (Brasil, 2014, p. 44).

Contudo, há uma resistência por parte da PSR, que apresentam entre um dos motivos a rigidez nos equipamentos existentes, que para eles o modelo reproduz o sistema penitenciário (BARATA et al, 2015). Para além dessa crítica, as instituições são espaços com normas e a rua por outro lado oferece libertação da maioria dessas imposições e regras. Porto et al (2012), abordam a questão sob a mesma ótica, em que passar uma noite no albergue pode significar privar-se do consumo de álcool e outras drogas, é abrir mão da “liberdade”. Enquanto que para determinados sujeitos, o viver saudável está em seguir as normas e as regras institucionais. Nessa situação, a Casa de Passagem pode ser avaliada como um espaço que auxilia na promoção do viver saudável uma vez que busca reorganizar o cotidiano dos indivíduos.

Outra questão fortemente apontada pela PSR é a falta de vagas nas Casas de Passagem, principalmente em grandes Centros Urbanos. Dessa forma, elevando a discussão

da falta de políticas públicas neste contexto em que o número de pessoas na rua não converge com o número de vagas ofertadas pelas casas de passagem (CALAIS, 2017). Muitos municípios apresentam como dificuldade a capacitação de profissionais para atender a PSR devido às especificidades que apresentam, além da disposição de um espaço físico.

Atualmente é possível citar o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (CREAS POP ou Centro Pop) que está diretamente ligado ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Que oferece acolhida exclusiva para PSR, realiza atendimentos individuais e coletivos, oferece oficinas e atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social das pessoas em situação de rua. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais descreve como:

“Serviço ofertado para pessoas que utilizam as ruas como espaço de moradia e/ou sobrevivência. Tem a finalidade de assegurar atendimento e atividades direcionadas para o desenvolvimento de sociabilidades, na perspectiva de fortalecimento de vínculos interpessoais e/ou familiares que oportunizem a construção de novos projetos de vida. Oferece trabalho técnico para a análise das demandas dos usuários, orientação individual e grupal e encaminhamentos a outros serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas que possam contribuir na construção da autonomia, da inserção social e da proteção às situações de violência. Deve promover o acesso a espaços de guarda de pertences, de higiene pessoal, de alimentação e provisão de documentação civil. Proporciona endereço institucional para utilização, como referência, do usuário. Nesse serviço deve-se realizar a alimentação de sistema de registro dos dados de pessoas em situação de rua, permitindo a localização da/pela família, parentes e pessoas de referência, assim como um melhor acompanhamento do trabalho social” (BRASIL, 2014, p. 40).

Além disso, dispõem de informações sobre requisitos do ambiente físico, recursos materiais, recursos humanos e atividades sociais ofertadas, buscando padronizar o serviço. Perpetuando as ações federais em âmbitos municipais para que sejam assegurados aos usuários seus direitos, evitando a violação dos mesmos.

Em relação à o acesso à saúde dessa população é ainda um grande desafio para Sistema Único de Saúde (SUS), desde a prevenção até os cuidados primordiais. A falta de acesso contradiz com os princípios e diretrizes do SUS que é a universalidade e equidade do atendimento (PAIVA et al, 2016). Nesse sentido, surgiu a estratégia de Consultório na Rua, através da Política Nacional de Atenção Básica (2011), ofertando de maneira mais oportuna atenção a saúde desse grupo populacional o qual se encontra em condições de vulnerabilidade.

O município de São Carlos iniciou os atendimentos do Consultório na Rua no ano de 2017, advento da modalidade um, ou seja, composta por um enfermeiro, psicólogo e duas agentes sociais. Em 2018 foram assistidas cerca de 50 pessoas, entre os quais, oito são idosos, um apresenta quadro mais grave de saúde, porém se nega a adentrar na casa de passagem, dificultando a cura e prolongando o tempo de tratamento (FÓRUM: FALA RUA, 2018).

Ao longo do tempo os diversos estudos que buscaram identificar e apontar soluções para as demandas dessa população abordaram temas sobre a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de assistência social, deixando iminente a vulnerabilidade social presente, devido à falta de acesso as políticas públicas fundamentais existentes, como o SUS e também o SUAS (DA SILVA ROSA, CAVICCHIOLI, BRÊTAS, 2005; BOTTIL et al, 2009; ADORNO, 2011; AGUIAR & IRIART, 2012; BROWN et al, 2015; SILVEIRA et al, 2016; PAIVA, 2016; SHUCK et al, 2017).

Para além das questões de saúde e assistência social, as pessoas em situação de rua apresentam outras demandas, representadas pelo Movimento Nacional da População de Rua (MNPR), este movimento adveio dos encontros presentes na rua, e também para repudiar o preconceito, a discriminação e violações dos direitos humanos, surgindo primordialmente para reivindicar políticas públicas que atendam a necessidade e à dignidade humana. O movimento surgiu em 2004:

“Após a barbárie conhecida como a chacina da Praça da Sé, grupos começaram a se organizar para discutir a segurança das pessoas em situação de rua, a iniciativa surgiu no município de São Paulo e de Belo Horizonte que a partir dessa movimentação consolidou-se o Movimento Nacional da População de Rua. Posteriormente, o grupo se organizou e foi até Brasília reivindicar direitos, apresentar demandas e subsequentemente foi realizado o primeiro censo da população em situação de rua brasileira, também foi criada a Política Nacional da População em Situação de rua” (MOVIMENTO NACIONAL DA POPULAÇÃO DE RUA).

A chacina foi o estopim para que a população em situação de rua se organizasse em mobilização oficial, frente à ausência de políticas públicas de proteção e de direitos. O MNPR traz em cena o protagonismo da PSR, garantindo que suas demandas sejam representadas por eles mesmos. O movimento está presente nos serviços para a PSR, portanto possuem uma boa relação institucional.

3. JUSTIFICATIVA

Apesar da gama de estudos que abordam o acesso à saúde e assistência social de pessoas em situação de rua, ainda há uma escassez de pesquisas que considerem as perdas biopsicossociais presentes devido ao processo de envelhecimento relacionado ao contexto social. Além disso, Andrew e Keefe (2014), concluíram que ambientes sociais afetam a saúde das pessoas idosas, e com isso estudos nesta perspectiva devem ser incentivados em diferentes grupos utilizando diversas metodologias.

Estudos recentes demonstram que biologicamente as pessoas em situação de rua aos 50 anos podem ser consideradas idosas, pois apresentam problemas de saúde comparados com pessoas de 60 anos ou mais (DIETEZ, 2009; BROWN et al, 2016).

O processo de envelhecimento segue preceito heterogêneo. A idade cronológica é padronizada e homogênea, mas nem sempre acompanha a idade biológica devido as intervenções que o indivíduo sofre ao longo da vida, tanto de aspectos intrínsecos (genética, acesso a consultas e medicamentos) quanto extrínsecos (ambiente sociais e físicos). No entanto, o envelhecimento está fortemente associado ao processo de fragilização, apesar da sua heterogeneidade, é ainda marcado pela presença de doenças crônicas. Sobretudo, conhecer apenas a idade cronológica do indivíduo e número de doenças não é suficiente para a compreensão da saúde, capacidade funcional, processo de envelhecimento, principalmente demandas biopsicossociais (MORAES, 2016). E devem ser prioridades quando se trata de pessoas em situação de rua, pois estes somam ao menos três vulnerabilidades: o fato de ser pobre, idoso e estar em situação de rua.

Gusmão et al (2002), em seu estudo de revisão sistemática sobre idosos em situação de rua, verificou por meio de análise dos artigos que é necessário a identificação de quem são os idosos sem residência no país. Identificando o que significa o processo de envelhecer nesse contexto nos âmbitos biopsicossocial, cultural, histórico e econômico. Os autores ainda enfatizam a importância do fundamento gerontológico que favorecerá esse conhecimento em toda a sua amplitude e complexidade.

Esta pesquisa vem ao encontro das recomendações da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisas em Saúde (2008), na sub-agenda em que se refere à saúde do idoso, relacionado à identificação, distribuição e vulnerabilidade da população idosa. Assim como na Research Agenda on Ageing for the 21st Century (2007) englobando as

prioridades regionais de pesquisa para a América Latina e Caribe, conforme as seções: de pobreza, qualidade, acessibilidade da saúde e serviços sociais de países em transição demográfica. Diante dessa realidade, o presente estudo busca considerar adultos e idosos em situação vulnerável que frequentam duas instituições distintas. Neste contexto buscaremos responder quais são as condições relacionadas ao processo de envelhecimento em contexto de alta vulnerabilidade associado à pobreza extrema.

4. OBJETIVOS

4.1. Declaração do objetivo principal

O presente estudo de métodos mistos concomitantes buscou compreender o problema de pesquisa convergindo dados quantitativos (tendências numéricas amplas) e dados qualitativos (concepções detalhadas). O objetivo foi analisar a relação entre condições sociodemográficas, avaliação subjetiva de saúde, satisfação global com a vida e vulnerabilidade clínico funcional. Ao mesmo tempo, o cuidado, o acolhimento ofertado por equipamentos socioassistenciais e os impactos nas condições de saúde foram investigados por meio de entrevista semiestruturada em pessoas de 45 anos ou mais, em situação de rua do município de São Carlos- SP.

4.2. Objetivos específicos

- Identificar e caracterizar o perfil socioeconômico e a trajetória de vida das pessoas de 45 anos ou mais em situação de rua;
- Identificar relações entre condições socioeconômicas, avaliação subjetiva de saúde, satisfação global com a vida, capacidade cognitiva e vulnerabilidade clínico funcional;
- Caracterizar as percepções em relação ao cuidado, o acolhimento ofertado por dois equipamentos que oferecem atendimento a população em situação de rua e os impactos nas condições de saúde.
- Fomentar a discussão a cerca do processo de envelhecimento ocorrer precocemente em pessoas em situação de rua.

5. MÉTODO

5.1 Fundamentos teóricos metodológicos da pesquisa

Está pesquisa tendo como base métodos misto, busca também compreender os sujeitos participantes dessa pesquisa sob a perspectiva sociológica, mais especificamente, sobre a luz das análises marxistas proposta por Karl Marx. Posto isto, partimos da compreensão exposta por Triviños (2009), em que apresenta três correntes que orientam uma análise sobre um olhar social, sendo eles: O Positivismo, a Fenomenologia e o Marxismo. O autor descreve o positivismo e a fenomenologia como duas concepções metodológicas que visam compreender a realidade. No entanto, o autor destaca que o primeiro método perdeu espaço nas pesquisas das ciências sociais porque a investigação da realidade social precisa contemplar as necessidades e demandas da sociedade e não pode se limitar a uma atividade mecânica de busca de causas. Já o segundo método, segundo Triviños limita a integração da historicidade para entender a percepção dos sujeitos no mundo. Segundo o autor:

“...o esquecimento do histórico na interpretação dos fenômenos da educação, sua omissão do estudo da ideologia, dos conflitos sociais de classe, da estrutura da economia, etc... autorizam a pensar que um enfoque teórico dessa natureza pouco pode alcançar de proveitoso quando se está visando os graves problemas de sobrevivência dos habitantes dos países do Terceiro Mundo.” (TRIVIÑOS, 2009. p. 48-49).

E a dialética se embasa pela busca de explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, pensamento ou sociedade. Esses três elementos proposto por Triviños (2009) possibilitam uma análise inicial sobre os fenômenos observados nessa pesquisa. Nesse sentido, a busca constante por respostas que visam a compreensão histórica, e explicações para fenômenos, bem como interpretações de como o ser humano se relaciona com mundo, embasa o Materialismo dialético que é a base filosófica do marxismo, embora tenha surgido antes mesmo de Marx e Engels, sofreu grande influência por ambos. Karl Marx diz que os homens fazem sua própria história, mas não como a querem, mas sim limitadas pelas condições materiais e históricas de sua existência. O Materialismo histórico dialético é definido como a relação entre indivíduo e sociedade que é delimitada pela classe social que está inserida.

A combinação entre dialética e materialismo alterou ambos, ainda que contraditório esse conflito provoca movimentação histórica e progressista.

“A combinação entre materialismo e dialética refutou em um corpo de teoria considerado como verdadeiro em relação à realidade concreta como um todo, e concebido, em certo sentido, como científico, como uma espécie de filosofia natural que generaliza as descobertas das ciências específicas (ao mesmo tempo que nelas se apoia). As leis básicas do materialismo dialético são: a) mudanças quantitativas originam mudanças qualitativas revolucionárias; b) unidade dos contrários, considerando-se que a realidade concreta é a união de contradições; c) negação da negação, em que, no conflito dos contrários, um nega o outro, que depois é negado em um nível superior de desenvolvimento histórico, mas que preserva aspectos dos contrários negados (tese, antítese e síntese)” (SANTOS et al, 2018, p. 3).

Essa pesquisa utiliza dos conceitos do Materialismo histórico-dialético como análise, pois podemos inferir a materialidade na análise dos sujeitos participantes dessa pesquisa, ou seja, o atual posicionamento social a classe social a que ele pertence, a classe dos proletariados. Sob a perspectiva histórica, é possível verificar a heterogeneidade da historicidade de cada indivíduo marginalizado ao estar sob a condição de situação de rua. Assim, uma vez que a história nos diz muito sobre os sujeitos, a dialética é a contradição desse percurso histórico por ideias imposta pela classe dominante da sociedade, ou seja, uma perspectiva de dominação (burguesia - grandes empresas que monopolizam as forças de trabalhos) e outra dominada (proletariado - classe trabalhadora - força de trabalho). Essas transformações na sociedade ao longo dos anos por meio da perspectiva histórico-dialética das pessoas em situação de rua. Nesse sentido, o Materialismo histórico-dialético é um método de análise sobre os fenômenos das classes sociais na sociedade.

Existem ainda categorias analíticas marxistas que são: totalidade, práxis, contradição, historicidade, mediação e reprodução. Ainda que possam ser observadas em categorias elas de forma alguma podem ser aplicadas separadamente, pois estão completamente ligadas. Fundamentalmente estão a totalidade que foi definida por Marx como a condição de produção de toda sociedade que representa o todo. A práxis seria definida como o momento da dialética entre a teoria e prática. A contradição é subordinada a totalidade, é componente imprescindível para a sociedade, em luta e movimento se opõe a contradição superando a si próprios, pode-se afirmar que o capitalismo é o maior exemplo de contradição. E totalidade que ocorre através dessa busca pra descobrir alguma informação, o homem busca as informações e meios de conhecimento criando um elo constitutivo, uma rede dialética, que vai do menor ao maior, por isso que a totalidade e contradição são conjuntas, pois se complementam (OLIVEIRA; OLIVEIRA; SANTOS, 2013).

Paviani (2013) afirma que a dialética precisa de reflexão interpretativa para passar dos opostos à mediação e à superação e afirma:

“Se o compreender já é um acontecer da verdade, se a história como tradução, como autoridade, como pré-conceito atua em todo o ato compreendido, aí mais do que nunca, é preciso um método que nos dê acesso ao mundo da práxis, ao mundo da pesquisa científica, que o movimento dialético nunca deixou de lado” (p.102).

Esse conjunto de ações compõe o método qualitativo. No entanto, a presente pesquisa é de método misto. Creswell (2007) que aborda o contexto histórico desse método de pesquisa:

“Uso de teoria em estudos de métodos mistos podem incluir teoria dedutivamente, em teste e Verificação de teoria, ou indutivamente, como em uma teoria emergente ou padrão. Em qualquer situação, o uso da teoria pode ser dirigido pela ênfase da pesquisa de métodos mistos em métodos quantitativos ou qualitativos. Outra forma de pensar sobre a teoria em pesquisa de métodos mistos é o uso de uma lente ou perspectiva teórica para guiar o estudo. Aqui tem as informações limitadas sobre os procedimentos envolvidos no uso de lente teórica para estudar gênero, raça/ etnia/deficiência, orientação sexual e outras bases de diversidade. Diversos autores, porém, deram início à discussão. Os primeiros foram Greene e Caracelli (1997), que mencionaram o uso de um "projeto transformador" como uma forma distinta de pesquisa de métodos mistos. O projeto deu primazia à pesquisa orientada para ação, baseada em valores, como na pesquisa de ação participatória e técnicas de delegação de poder. Nesse projeto, eles sugerem combinar os comprometimentos de valor de diferentes tradições em pesquisa (por exemplo, livre de tendenciosidade em pesquisa quantitativa e conduzido por tendenciosidade em pesquisa qualitativa), o uso de métodos diversificados e foco em soluções de ação em pesquisa. [...] Os pesquisadores também estão começando a identificar o uso de lentes ou perspectivas teóricas (por exemplo, relacionadas a gênero, estilo de vida, raça/etnia e classe) em seus estudos de métodos mistos. Um projeto transformacional-emancipatório incorpora essa perspectiva, e desenvolvimentos recentes identificaram procedimentos para incorporar essa perspectiva em todas as fases do processo de pesquisa” (CRESWELL, 2007, p. 146-148).

Com o desenvolvimento da ciência e suas formas de interpretação de dados tantos quantitativos quanto qualitativos nas humanas e sociais, vem expandido o método de pesquisas mistas. Derivando da necessidade de ampliar os achados em pesquisas que avaliam a vida humana. Pois ele incorpora a capacidade de identificar um problema assim como de explica-lo. A pesquisa desse caráter deve ser muito planejada e executada com coerência, dado que é um método que apresenta lógica do início ao fim da aplicação, pois pode se apresentar na forma exploratória sequencial (em que uma abordagem metodológica é aplicada por vez) ou concomitante (em que ocorrem ao mesmo tempo). O maior desafio está na capacidade de interpretar os dados de forma conjunta operacionalizando de modo

que evidencie a responsabilidade de cada um de uma forma conjunta demonstrando expressiva imprescindibilidade neste quesito (CRESWELL, 2007).

Minayo e Sanches (1993) explicam que pesquisa qualitativa e quantitativa não devem ser consideradas como oposição, mas de forma que as relações sociais possam ser analisadas, nesta direção os estudos qualitativos e quantitativos são complementares, com base no entendimento da relação entre esses métodos estudiosos têm se posicionado favorável a diferentes combinações de metodologia como no caso dos métodos mistos.

5.1.1 Vida Cotidiana

Neto e Carvalho (1994) definem a vida cotidiana como um espaço de informações, buscas, trocas, que enriquecem e almejam transformação. É percebida e apresentada, diversamente interagem múltiplas relações e atividades rotineiras, modo de existência social, é também um estado de prática social e ação humana. É vista sob uma determinada perspectiva, como um espaço modelado (Estado e produção capitalista) capaz de reproduzir consumismo dócil e voraz, sempre acompanhado de experiências e valores capazes de atender todas as buscas de satisfação insatisfação no cotidiano. Para o Estado e as forças capitalistas, a prática cotidiana é a fonte de exploração e espaço a ser controlado, organizado e manipulado. Estudar a vida cotidiana é compreendê-la em sua totalidade, analisar o discurso fragmentário dos fenômenos microsociais (NETO; CARVALHO, 1994, p. 19-25).

Para Lefebvre (1981), estudos sobre a vida cotidiana ocorrem por meio de três perspectivas: a primeira trata-se da busca do real e da realidade, compreendendo sob análise da subjetividade das emoções, os afetos, hábitos e comportamentos que fazem parte do real cotidiano. A segunda diz respeito à totalidade, os diferentes fatos da vida social torna-se possível o conhecimento da realidade, ela é histórica, é a soma de todas as partes. E a terceira refere-se às possibilidades da vida cotidiana enquanto motora de transformações globais. As relações sociais de dominação e poder que têm sua primazia na modernidade, tendo como foco de estudo o cotidiano vivido pelos grupos ou classe sociais.

Para Heller (1970):

“a vida cotidiana é a vida do homem inteiro, ou seja, o homem participa na vida cotidiana com todos os aspectos de sua individualidade, de sua personalidade. O cotidiano é continuidade existente, é caracterizada por um conjunto de ações e relações heterogêneas e hierarquizada, e o amadurecimento do homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade (camada social) em questão”. [...] Agnes Heller cita os cinco atributos (a partir de Marx) que definem essa essência humana: o trabalho, a sociabilidade, a universalidade, a consciência e a liberdade. O pensamento keynesiano forneceu as bases teóricas ao processo de revolução passiva pós guerra, sob a forte necessidade de um pacto social com a classe trabalhadora, com influência entre os imperativos crescimentos econômicos e as exigências de uma maior equidade social. Ao longo do processo da revolução passiva houve expansão da economia, do saber científico e melhoria nas condições materiais da vida das classes trabalhadoras, entretanto, introduziu desigualdades gritantes entre países desenvolvidos redução do exercício de cidadania” (p. 17-18).

Acerca dos aspectos que envolvem a vida cotidiana da população em situação de rua, alguns temas centrais poderão ganhar maior visibilidade por serem questões fundamentais que fazem parte do cenário deles, tais como: local que dorme, trabalho, acesso a serviços entre outros, que serão definidos após o termino das coletas. Considerando seus vínculos pessoais e com a rede de atendimento que também poderá ser descrita (ROBAINA, 2016).

Compreendendo os sujeitos, a dinâmica da cidade, seus limites e fronteiras, as demandas, serviços. Unificando esses dados para a compreensão do contexto como um todo conforme é esperado pela dialética marxista.

5.2. Delineamento do estudo, local e participantes.

Trata-se de um estudo transversal, observacional, descritivo, baseado nos pressupostos do método quanti-qualitativo (misto) concomitante de investigação (CRESWELL, 2007). O estudo foi realizado em dois equipamentos que atendem pessoas em situação de rua, localizado no município de São Carlos-SP.

Este estudo teve como público-alvo pessoas de 45 anos ou mais, de ambos os sexos, sem moradia fixa atendidas em casas de passagem. Os critérios de inclusão para participar da pesquisa foram ter demandado ingresso em um dos equipamentos, aceitar e assinar o termo de consentimento. E critério de exclusão foi ser estrangeiro que não compreenda e nem fale a língua portuguesa.

Os dados foram coletados em duas instituições: uma entidade filantrópica de cunho religioso a Comunidade Missionária Divina Misericórdia (CMDM), que oferece serviços que se equiparam aos modelos de albergues/casa de passagem existentes, pois busca garantir tratamento de higiene básica, alimentação, e servem principalmente como dormitório, no entanto oferecem também atendimento diurno desde que o indivíduo cumpra as regras da instituição, que estão relacionadas ao período de permanência na instituição, se abster de substâncias químicas e cumprir com o cronograma da instituição. O outro equipamento foi uma instituição governamental o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua - CREAS ou Centro POP (sigla usada na cidade). Trata-se de uma unidade pública municipal que realiza atendimentos individuais e coletivos, oficinas e atividades de convívio e socialização, além de ações que incentivem o protagonismo e a participação social das pessoas em situação de rua. O Centro POP de São Carlos está localizado na área central o que facilita o acesso principalmente de forma espontânea.

Para identificação do local de estudo foi aplicado o Protocolo de Avaliação Gerontológica - Questionário do Módulo Organizacional, com o intuito de conhecer as organizações, não somente a estrutura física, mas também entender como funciona a administração (VAROTO et al, 2013).

As entrevistas foram realizadas em sua maioria em duas instituições, os funcionários informaram previamente os usuários do serviço sobre a pesquisa, desta forma todos estavam cientes do que se tratava e poderiam ter tempo para pensar se gostariam ou não de participar. Algumas abordagens também foram feitas na rua, já que foi tomado conhecimento que havia uma parcela da PSR que não frequentava nenhuma das duas instituições naquele momento, essa informação foi passada pela equipe do Centro Pop, que inclusive passou alguns pontos do município onde eu poderia encontrar esses grupos, além disso, esses pontos foram explorados também por meio da dissertação de Martinez (2011) as chamadas bancas que é o principal ponto de encontro dos trecheiros que chegam a cidade, numa banca¹ podem conviver trecheiros e pardais ou outros sujeitos que passam

¹ As bancas são formadas por integrantes previamente selecionados. Não se trata de grupo uma vez que muitos integrantes são inseridos e, também, excluídos e a banca não se desfaz. Cada banca possui uma demarcação territorial do espaço que permite delimitar os locais de convivência de seus integrantes. Ou seja, as bancas são agrupamentos de sujeitos que se territorializam no espaço. Formados por uma complexa interação entre os membros, bancas não são estáticas e segundo este critério. Elas se reconfiguram constantemente, pois quando os membros vão embora da cidade, novos integrantes chegam nas bancas. É

temporariamente pelo local. A abordagem nas bancas se consistia em explicar a pesquisa apresentando os objetivos, tempo estimados de cada entrevista e a liberdade de escolha de participar ou não, ou de não responder alguma questão ou até mesmo de parar a qualquer momento sem prejuízo (como conta no TCLE, que também foi devidamente apresentado a eles).

O período da coleta foi entre abril a julho de 2019 com cerca de 20 idas a campo, divididas entre as duas instituições e as bancas. A duração da entrevista variou de 20 a 60 minutos.

5.3. Aspectos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Carlos sob o Parecer CEP/UFSCar nº 3.220.075, conforme a Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Todos os participantes que declararam aceitar colaborar com esta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

5.4. Instrumentos de Coleta de dados

Para identificação do perfil dos participantes foi realizada uma entrevista semiestruturada contendo dados sociodemográficos como idade, gênero, escolaridade, ocupação, e abordou as principais informações baseadas nos estudos que identificam idosos em situação de rua (GRANGEIRO et al., 2012; SILVA & GUTIERREZ, 2013; GONÇALVES, 2015). Além disso, foram utilizados instrumentos de rastreio como o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional, Mini-Exame do Estado Mental, Satisfação Global com a Vida e Avaliação Subjetiva de Saúde (PICOLLORI, GEROLIMON, ABHOLZ, 2008).

possível encontrar trecheiros e pardais nesse ambiente, além de outros membros que podem ou não serem residentes do município. Como as bancas é um local de conversa e de trocas, dessa forma outros atores podem surgir por possuírem interesses em comum (MARTINEZ, 2011).

5.4.1. Entrevista Semiestruturada

A entrevista foi baseada em estudos que identificaram idosos em contexto de vulnerabilidade social e em situação de rua (BRÊTAS et al, 2010; DE OLIVEIRA ARAÚJO et al, 2011; RODRIGUES & NERI, 2012; SILVA & GUTIERREZ, 2013; GONÇALVES 2015). Dividida em seções, a primeira delas com perguntas de caráter sociodemográfico; a segunda seção abordou dados de saúde; a terceira seção focou a relação com os serviços ofertados; e a quarta seção abordou a trajetória de vida na rua, contexto atual e perspectivas futuras. A última questão é aberta para que o indivíduo aponte qualquer questão que julgue relevante que não foi abordada. A maioria das entrevistas foram gravadas e logo se procedeu à transcrição das mesmas. Alguns participantes preferiram responder sem ter suas respostas gravadas, para estes foi informado que o registro das respostas ocorreria durante a entrevista, tomando todos os cuidados para ser fiel as falas.

5.4.2. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional- 20 (IVCF- 20)

Trata-se de um questionário com perguntas fechadas que apresenta caráter multidimensional e alta confiabilidade. Considerado um instrumento geriátrico-gerontológico altamente especializado e sensível na atenção ao idoso frágil, propriedades estas mediante estudo realizado por profissionais inseridos na atenção básica das regiões Sudeste (Minas Gerais – Belo Horizonte), Centro-Oeste (Distrito Federal – Brasília), Norte (Acre – Rio Branco) e Sul (Rio Grande do Sul – Porto Alegre). O IVCF- 20 tem como objetivo, a identificação do idoso frágil (estratificação de risco) através da avaliação geriátrica ampla, prevenir o declínio funcional, buscando evitar a institucionalização e óbito, além de auxiliar a identificar os idosos que necessitam de atendimento diferenciado pela Unidade Básica de Saúde, buscando identificar as dimensões da saúde do idoso que necessitam de uma investigação detalhada. Foi validado por Moraes (2014).

O questionário contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde do idoso, sendo constituído por 20 questões distribuídas em oito seções: idade, autopercepção da saúde, incapacidades funcionais, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas. Cada seção possui uma pontuação específica, que, no total, o valor máximo é de quarenta pontos. A identificação da condição clínico-funcional do idoso é

obtida a partir dos seguintes critérios (MORAES, 2014): 1) zero a três pontos – o idoso é considerado robusto, podendo ser acompanhado pela atenção básica de saúde; 2) quatro a nove pontos – o idoso apresenta risco de fragilização, devendo ser encaminhado para a atenção secundária para avaliação multidimensional e prevenção do declínio funcional; 3) 10 pontos ou mais – o idoso já está em condição de fragilidade, apresentando declínio funcional estabelecido e sendo incapaz de gerenciar sua vida, acompanhamento especializado visando uma abordagem preventiva, curativa ou paliativa (CARMO, 2014).

5.4.3. Avaliação Subjetiva da saúde

Considera a satisfação do indivíduo com a sua saúde em termos individuais e em comparação com outras pessoas da sua idade, o cuidado que dedica à própria saúde e o nível de atividade atual. Todas as questões devem ser respondidas conforme a percepção do indivíduo. Algumas questões consideram a análise temporal dado que o respondente compara a condição atual com um ano atrás. O questionário é composto por cinco questões e as respostas podem variar de muito boa a muito ruim, ou melhor a pior. A pontuação total varia de 0 a 15, e quanto maior pior a saúde (PAVARINI et al, 2013).

5.4.4. Satisfação global com a vida

A satisfação com a vida se refere a um processo de julgamento no qual o indivíduo avalia a qualidade da sua vida conforme os seus próprios critérios. O instrumento consiste em uma escala sobre a satisfação com a vida, abrangendo a satisfação consigo mesmo, com a memória, relações sociais e familiares, com o meio ambiente e equipamentos de atendimento (saúde e transporte). Consta também análise temporal. As respostas variam em pouco satisfeito, mais ou menos ou muito satisfeito (VAROTO et al, 2013).

5.4.5 Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Teste neuropsicológico para rastreamento da função cognitiva e não para diagnóstico, criado por Folstein e col. em 1975, e traduzido para o português pela primeira vez por Bertolucci e colaboradores em 1994. O MEEM utiliza a escolaridade dos avaliados

e não a idade, para estabelecer a nota de corte. Este teste avalia a orientação temporal (cinco pontos), orientação espacial (cinco pontos), memória imediata – curto prazo (três pontos), atenção e cálculo (cinco pontos), memória e evocação (três pontos), linguagem – nomeação, repetição, compreensão e praxia, leitura e escrita – (oito pontos) e capacidade visuo-constructiva (um ponto). A pontuação varia de 0 a 30, a nota de corte utilizada foi de Bertolucci (1994), que considera a escolaridade: analfabetos no mínimo 13 pontos; 1 a 4 anos de escolaridade 18 pontos; 5 a 8 anos escolaridade 18; 9 anos ou mais 26 pontos. Pontuação abaixo da nota de corte é indicativa de perdas cognitivas (BERTOLUCCI et al, 1994; BRUCKI et al, 2003).

5.5. Forma de análise dos resultados.

Trata-se de um estudo de métodos mistos concomitante, com isso, foram realizadas análises estatísticas e textuais. Em relação às análises estatísticas, os dados foram inicialmente digitados em uma planilha de dados do programa Microsoft Excel, separados em dados categóricos e numéricos. A partir disso, os dados categóricos foram analisados por comparação entre frequências. E para os dados numéricos foram aplicados os testes de normalidade e estatísticas de correlação. O nível de significância adotado foi o valor de $p < 0,05$. O sistema operacional utilizado foi o SPSS versão 20.

A descrição do perfil da amostra foi apresentada por meio de tabelas de frequência absoluta e percentual para as variáveis categóricas (sexo, idade, escolaridade, etnia, estado civil, ocupação, tempo de rua, presença de doenças e utilização de medicamentos). Foram realizadas também estatísticas descritivas para idade, escolaridade, tempo de rua e número de medicamentos, foi utilizada média, desvio padrão e teste de normalidade. Para os questionários Mini- Exame do Estado Mental e Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 foram aplicados o teste de Alfa de Cronbach para analisar a confiabilidade dos testes.

A relação entre as variáveis numéricas foram avaliadas pelo Coeficiente de Correlação de Pearson, que varia de 0 a 1, onde 0 significa que não houve correlação e 1 apresenta correlação forte, com isso considera-se valores acima de 0,7. Os mesmo valores são empregados para a correlação de Spearman, que foi utilizada para uma variável que apresentou anormalidade.

As análises textuais ocorreram a partir das entrevistas semiestruturadas, gravadas e transcritas na íntegra, foi realizada leitura ótica, com intuito de classificar e organizar em grupos, identificando as respostas amplamente, buscando compreender o sentido geral. Foram codificadas em grupos gerando uma descrição do cenário e das pessoas, a fase final consistia em interpretar o significado dos dados respeitando criteriosamente as informações. A partir disso, foram empregadas as técnicas de análise de conteúdo buscando a compreensão dos discursos e comunicações extraíndo os aspectos relevantes para a pesquisa (BARDIN, 1977; BARBOSA, 2006). Segundo Bardin (1977), objetivo da análise é compreender criticamente o sentido das comunicações, conteúdo manifestado e latente, as significações explícitas ou ocultas nas falas. Ou seja, procura reduzir o volume de informações categorizando conceitos que permitam passar elementos descritivos à interpretação e investigar a compreensão dos atores sociais dentro do contexto cultural, verificando a influência desse contexto no estilo e no conteúdo da comunicação (CHIZZOTTI, 2010).

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente, se apresentam os serviços do município que atendem a população participante do presente estudo. Posteriormente apresentam-se resultados obtidos, divididos em análises quantitativas e sequencialmente a qualitativa. Por fim, se discutem os achados quantitativos e qualitativos, em conjunto à luz da literatura, seguindo a proposição para estudos com desenho misto.

6.1. Descrição CREAS POP/Centro Pop

Ao longo do texto o termo adotado será Centro Pop. A descrição do serviço foi realizada através de informações apresentadas por um dos funcionários da equipe técnica do Centro Pop em março de 2019. Outros informantes importantes foram os usuários do serviço. Além disso, os dados faltantes foram complementados por meio do livro de Rui; Martinez & Feltran (2016).

O Centro Pop São Carlos inaugurou em julho de 2008, foi a segunda cidade brasileira a oferecer esse serviço. Localizada na região central oferece atendimentos as pessoas em situação de rua que frequentam ou não casas de passagem.

Os serviços ofertados são refeições (café da manhã, almoço e café da tarde), higiene pessoal, um local para lavar roupa, armário para guardar seus pertences e emissão de documentos civis (de caráter emergencial). Além da oferta de oficinas, porém no período da coleta devido a vínculos enfraquecidos com instituições apoiadoras a única oficina realizada era a de ensino de jovens e adultos. Realizado pelo Movimento de Alfabetização de Jovens e Adultos (MOVA), criado por Paulo Freire, o MOVA Brasil tem por finalidade a inclusão social e garantia de direito à educação, redução das taxas de analfabetismo, garantia de trabalho. Esta oficina ocorre às quartas- feira no período da tarde. Há uma parceria com o curso de Terapia Ocupacional da UFSCar em que realizam oficinas, mas naquele período não estava sendo realizado devido ao calendário universitário, em que as atividades de extensão ocorrem no segundo semestre.

Há também outros serviços ofertados, mas que variam conforme a necessidade do usuário, tais como: atendimentos individuais, encaminhamentos para outras instituições municipais como o Centro de Atenção Psicossocial (Álcool e Drogas) (CAPS AD).

De maneira geral, o Centro Pop tem por finalidade garantir à qualidade de vida, dignidade e bem-estar as pessoas em situação de rua e promover dignidade e vida social a essa população através dos serviços citados acima (BRASIL, 2012).

Além disso, o Centro Pop veio para ser a referência da PSR, deve ser a rede de maior vínculo desse grupo. Tendo como maior relevância a ressocialização dos usuários. Por isso, um dos atendimentos mais corriqueiros é a realização da regularização de documentos dos usuários: Registro Geral (RG), Cadastro de Pessoa Física (CPF), carteira de trabalho e título de eleitor. Garantindo o direito ao voto, utilização de serviços e pode oportunizar a sua entrada no mercado de trabalho formal.

Neste sentido, outro atendimento realizado é o cadastramento e inserção do currículo do usuário no balcão de emprego. Além da permissão que coloquem o endereço do Centro Pop nos currículos ou para direitos a outras questões que seja necessário conter o endereço ou comprovante residencial. Dessa forma o Centro Pop é tanto um espaço de apoio ao protagonismo como de proteção.

A equipe é composta por nove funcionários, sendo três homens e seis mulheres, destes seis possuem ensino superior, dois ensino médio e um ensino fundamental completo. A maioria dos funcionários são concursados, apenas uma pessoa é terceirizada. Todos com jornada de 40 horas semanais, com exceção de um profissional que por regulamentação de sua profissão a jornada é de 30 horas. Quando um profissional se agrega a equipe, não há nenhum treinamento específico, os próprios funcionários orientam e explicam o serviço de maneira informal, suprimindo a falta de treinamento específico formal.

Em relação ao aspecto financeiro a verba da instituição segue as normas vigentes referentes à implementação da Lei Orgânica de Assistência Social. Isto significa que é integrada por repasses da federação, mediada pelo do Ministério da Cidadania e do Governo Estadual e do município, mediadas pela Secretária de Cidadania e Assistência Social do Município de São Carlos. Atualmente foi apontada uma queda considerável na verba que interfere na qualidade do atendimento, o que impossibilita a compra de novos materiais, que apesar de a equipe julgar serem em quantidade suficiente, a qualidade de materiais permanentes requer verbas para manutenção e atualização e nestes casos evidencia-se a insipiência financeira.

Entre o mês de março e abril de 2019 a instituição atendeu 150 indivíduos, ou seja, existem 150 pessoas com cadastros ativos na instituição que foram ou estão sendo atendidas. Destes, nove tem idade igual ou superior a 60 anos, sendo oito homens e uma mulher. Estimava-se que ao menos 30 pessoas em situação de rua tinham entre 45 e 59 anos no município.

A equipe apontou que os grandes parceiros são o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS álcool e drogas) e Consultório na rua. O CAPS atende demandas de saúde mental, foi criado após a reforma psiquiátrica no Brasil, tem como princípio realizar atendimento humanizado, a fim de, evitar a institucionalização, garantindo que o indivíduo e a família participem ativamente do tratamento e reabilitação, visando autonomia e participação social. Em São Carlos existe o CAPS: Mental, Álcool e drogas e Infantil e juvenil. No entanto, o grande parceiro é o CAPS AD que tanto encaminha pessoas para o CREAS POP quanto recebe encaminhamentos, com isso, firma-se a parceria entre as equipes, devido ao fato de a maioria das pessoas em situação de rua da cidade estarem relacionadas com o consumo de álcool e drogas.

Quanto ao consultório na rua, foi criado em junho de 2016, seguindo a modalidade I de atendimento que se baseia na necessidade de quatro membros na equipe, em que dois deve ter ensino superior (a escolha da profissão cabe ao município), como descrito pela Portaria nº 122/12 que dispõe sobre as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. São Carlos conta com um enfermeiro, um auxiliar, psicólogo, agente comunitário e um condutor do ônibus, e eventualmente com voluntários. Existem cerca de 250 cadastros, ou seja, indivíduos que já foram atendidos pelo menos uma vez pela equipe.

Por isso, uma funcionária da equipe afirma que em algum momento todas as pessoas em situação de rua do município passaram pelo Consultório na Rua. Os atendimentos ofertados são os mesmos da atenção básica em saúde, no entanto pela limitação de profissionais, em alguns casos, a pessoa precisa ser encaminhada para a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima do local onde ele costuma dormir (exemplo: para atendimento odontológico), e quando há necessidade de exames ou cuidados mais intensivos é encaminhada para equipamentos de média e alta complexidade.

O Consultório na Rua tem ponto fixo, às quartas-feiras, de manhã na praça em frente ao terminal rodoviário. Durante os outros dias da semana eles circulam pelos locais que as pessoas em situação de rua costumam ficar. A equipe do consultório presta atendimento àquelas pessoas que, por algum motivo, não foram ao local fixo. Além disso, eles atendem a chamados, por exemplo, em casos de doença em que a pessoa se recusa a procurar a UBS ou hospital a equipe se dirige até o local para prestar atendimento. Solicitações como essa já foram realizadas por UBS e pelo Centro POP. Atualmente grande parte dos indivíduos assistidos pelo centro POP, também são atendidos pela equipe do Consultório na Rua.

O Centro Pop realiza encaminhamentos a outros equipamentos do município, sendo essa uma das linhas de frente do serviço, formando uma rede institucional integrada de apoio aos usuários. No entanto, uma dificuldade latente é de cunho burocrático. A existência de Listas de espera no CAPS e Casa de Passagem, ou a falta de inclusão da PSR no Estatuto de Idoso prejudicam o acesso a muitos benefícios. Por exemplo, em casos em que a ILPI seria uma opção ideal para a proteção da saúde e recebimentos de cuidados necessários, não podem ser encaminhados para essas instituições.

Para tanto, é necessário avançar na efetivação da intersetorialidade da rede de apoio institucional. No município é realizado o Fórum da População de Rua com o intuito de discutir a situação, demandas e casos específicos que demandam maior atenção, em que se consideram aspectos sociais, de saúde e econômicos. As reuniões contam com a participação da Equipe do Consultório na Rua e do Centro Pop, além de, representantes da população em situação de rua. Apesar de ser realizado com duas equipes governamentais o Fórum funciona como uma organização social e conta com o um comitê intersetorial.

6.2. Descrição Comunidade Missionária Divina Misericórdia (CMDM)

A descrição da instituição foi realizada por meio de um levantamento histórico e organizacional com um dos responsáveis. Trata-se de uma instituição filantrópica de cunho religioso, localizada no São Carlos- SP. A instituição foi criada em 2012 e conta com duas sedes uma no meio urbano próximo da área industrial do município e a outra na área rural.

Trata-se de uma instituição pertencente ao terceiro setor, seus recursos derivam de doações e também de recursos governamentais, portanto recebe controle do governo mediante a vigilância sanitária. Como modo de garantir a transparência dos gastos através de prestação de contas, durante a vigência do contrato do processo de repasse, a organização conta com um contador contratado, responsável pelas questões financeiras.

A instituição se encontra inscrita como Casa de Passagem e Acolhimento. Pois oferece atendimento à pessoas em situação de rua, especificadamente homens entre 18 e 60 anos de idade. O objetivo da instituição é apoiar pessoas em situação de rua, migrantes e pessoas com algum tipo de doença, em situação de abandono. A finalidade da instituição foi relatada como resgatar a autoestima e inserir a pessoa de volta ao seio familiar quando possível. Dada a sua condição religiosa tem como missão recuperar e evangelizar as pessoas em situação de rua.

A instituição atende cerca de 100 pessoas, sendo que mais da metade permanece na sede, a segunda unidade alberga cerca de 40 pessoas. O ingresso à instituição ocorre de duas formas, por encaminhamento do Centro POP e por demanda espontânea.

Os serviços oferecidos são: alimentação, composta por cinco refeições diárias (café da manhã, almoço, chá da tarde, jantar e ceia), abrigo para pernoite, vestuário, toalha de banho, produtos de higiene pessoal, corte de cabelo, encaminhamento para tratamento médico na rede pública de saúde, emissão de documentação (certidão de nascimento, carteira de identidade, carteira de trabalho, Certidão de Pessoa Física, título de eleitor, fotografias, etc.), medicação não encontrada na rede e trabalho de apoio para localização de familiares.

Conforme o cronograma da instituição, antes de cada refeição ocorre atividades do grupo de oração e toda terça é realizada celebração religiosa. Os moradores são responsáveis pela manutenção do local, pois a instituição possui apenas dois funcionários remunerados que são encarregados pela gestão do local, com isso, as tarefas para preservação do ambiente são realizadas pelos moradores ao longo do dia. As tarefas consistem em limpeza e organização interna (quartos, banheiros, refeitório e cozinha) e externa (quintal e horta), assim como o preparo de alimentos também é realizada por um grupo. As tarefas são pré-definidas no momento do ingresso, considerando habilidades, conhecimento, interesse, afinidade e familiaridade, por exemplo, se a pessoa trabalhou previamente em serviços gerais ou como auxiliar de cozinha.

Devido às condições de vida que as pessoas em situação de rua estão expostas, existem pessoas com a capacidade física reduzida, alguns cadeirantes que necessitam de auxílio para realizar as atividades básicas de vida diária (ABVD), com isso surgem mais uma função na instituição que é a de cuidador informal. Atualmente existem nove cuidadores responsáveis por 24 pessoas que precisam de algum tipo de auxílio.

Inclusive devido à crescente demanda de pessoas com dependência funcional parcial ou total nas ABVDs, a instituição em parceria com o departamento de gerontologia oferece orientação aos cuidadores, a fim de, aprimorar o cuidado. Após essa solicitação, em agosto de 2017 iniciou-se atividade de extensão universitária, com duração de quatro meses e que ocorreu novamente, pelo mesmo período em 2018 e 2019.

Essa atividade é de responsabilidade da docente Prof. Dr.^a Marisa do departamento de Gerontologia e conta com uma estudante bolsista de extensão a cada ano, estudantes e técnicos voluntários que levantaram temas de interesse e organizaram conversas e dinâmicas, com momentos expositivos e práticas, abordando diversas questões pertinentes ao cuidado, exemplos: banho na cadeira e no leito troca de fraldas, troca de posição na cama para evitar úlceras de pressão, como identificar úlceras de pressão, primeiros socorros, infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), demências, alimentação saudável e suas variáveis para pessoas com doenças crônicas, também foram realizadas avaliações de rastreio e aferições específicas de pressão arterial e glicemia.

Além disso, a instituição tem parcerias com outros cursos como o PET (Programa de Educação Tutorial) da Engenharia de Produção criaram um projeto intitulado “Se mudando” que tem o objetivo impactar a vida de pessoas em situação de rua, fazendo a ponte entre a experiência profissional e oportunidades. Buscando parcerias para empregar as pessoas em situação de rua e também divulgando habilidades dos moradores que tinham interesse em participar.

Outro parceiro é uma organização de estudantes universitários, gerida por um grupo de alunos da USP (Universidade de São Paulo) e da UFSCar, que tem como ideal ser a ligação entre os estudantes e sociedade. Tendo como missão contribuir para o desenvolvimento social da comunidade sancarlense por meio de projetos e ações que mobilizem, conscientizem e aproximem os estudantes e a sociedade. As ações visam interação entre os moradores, proporcionando outras atividades que fogem da rotina

comum da instituição, como cinema com pipoca e refrigerante, jogos de uno e dominó e outras dinâmicas.

Além disso, contam o projeto “Memórias” em que realizam entrevistas com os moradores onde eles contam um pouco sobre sua trajetória de vida, seus sonhos e desejos, caso haja permissão a entrevista é gravada e alguns trechos são divulgados na página do Facebook do grupo, com o intuito de informar sobre a realidade das pessoas que já estiveram em situação de rua em algum momento. Outra ação de grande relevância é o apoio ofertado em relação à gestão, com intenção de apresentar soluções para diminuir gastos e auxiliar nas soluções de problemas gerenciais.

Há também um grupo de psicólogos voluntários do município de Araraquara- SP são parceiros fixos da instituição. Os profissionais costumam visitar a instituição uma vez por mês oferecendo atendimento psicológico em grupo. A intenção da terapia em grupo é garantir interação entre eles promovendo bem-estar. No entanto, segundo relatos nem todos se sentem confortáveis em participar por medo da exposição.

Está instituição possui parcerias públicas, tais como, o Centro Pop que encaminha pessoas para serem atendidas pela instituição e também há uma UBS parceira que atende as pessoas que estão na instituição.

Em relação ao patrimônio físico a instituição dividida em duas unidades, a primeira localizada na área urbana é emprestada e a segunda na área rural é própria proveniente de doação.

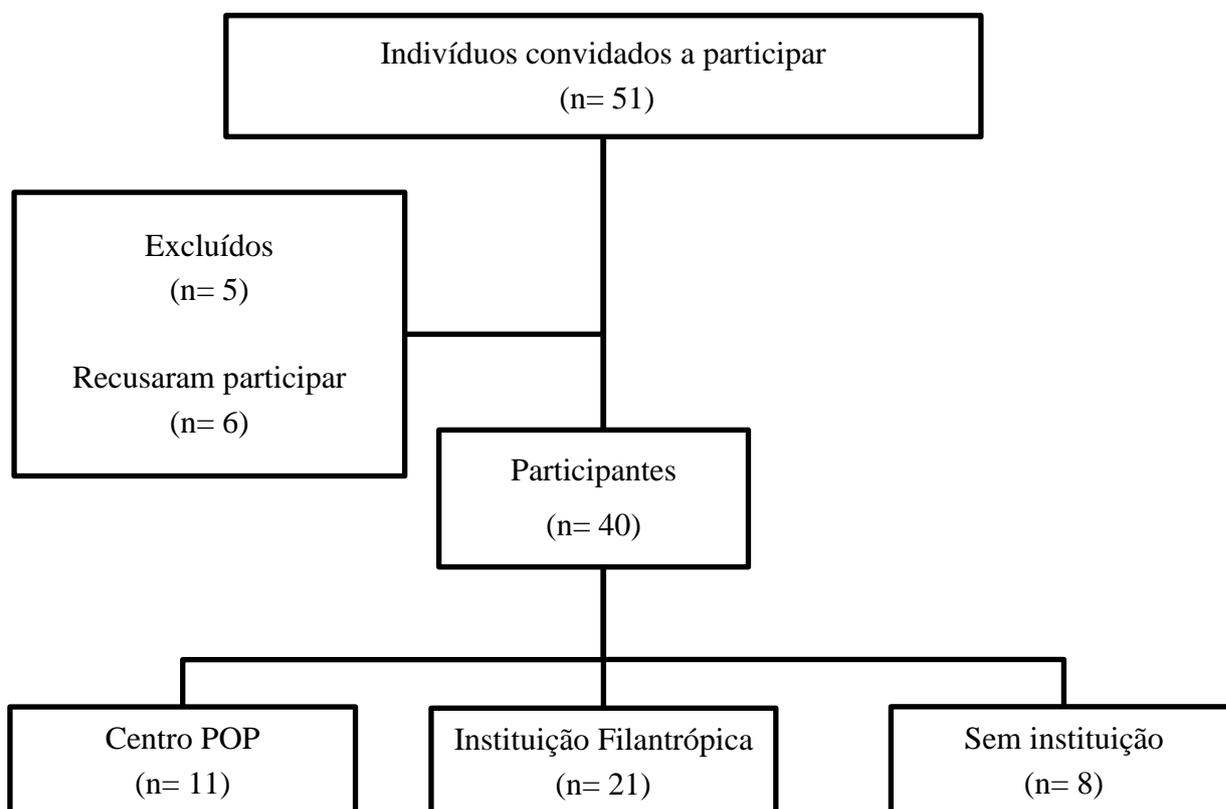
6.3. Resultados Quantitativos

Foram abordadas 51 pessoas, mas nem todas atendiam aos critérios ou aceitaram participar, contudo, 40 pessoas foram avaliadas. Dos 11 que não participaram do estudo, cinco não cumpriam os critérios de inclusão, identificaram-se duas justificativas, a primeira foi que apesar de estarem utilizando os serviços das instituições relataram não estar em situação de rua no momento, nestes casos as pessoas estavam morando em mocós² e com

² Qualquer local que possa servir de abrigo, mas que lhe garanta alguma segurança, posto de gasolina ou casas abandonadas. Na cidade de São Carlos especialmente há muitas casas antigas abandonadas na região central que foram tombadas como patrimônio histórico, mas não são de interesse de seus proprietários (em sua maioria herdeiros), e acabam se tornando **mocós**.

isso não se reconheciam mais como pessoas em situação de rua, no entanto, admitiam que devido ao desemprego necessitavam utilizar os serviços específicos como o Centro Pop. E a segunda justificativa foi relatada por pessoas que fluuavam entre o logradouro e o seio familiar, mas como todas os seus vínculos e relações estavam naquele ambiente, costumam frequentar mesmo sem necessitar na atual circunstância. Seis pessoas não aceitaram participar, como demonstrado na figura 1 (fluxograma).

Figura 1- Fluxograma de participantes envolvidos no estudo, São Carlos, SP, 2019.



Fonte: Elaborado pela autora.

6.3.1. Perfil sociodemográficos

Tabela 1- Características sociodemográficas de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.

Variável	Categoria	Média (±dp)	Mínimo	Máximo	N	%	Valor – p
Sexo	Masculino	-			38	95	
	Feminino	-			2	5	
Idade (anos)		51,43 (±5,34)	45	65	40	100	p<0,03
Faixa etária	45- 60 anos	-			38	95	
	60 ou mais	-			2	5	
Estado Civil	Casado	-			9	22	
	Solteiro	-			15	38	
	Divorciado	-			10	25	
	Separado	-			4	10	
	Viúvo	-			2	5	
Renda ou Auxílio	Sim	-			24	60	
	Não	-			16	40	
Naturalidade	São Carlos	-			16	40	
	Outras cidades	-			24	60	
Etnia	Branco	-			24	60	
	Preto/pardo	-			16	40	
Escolaridade (anos)		5,85 (±3,61)	0	11	40	100	p<0,001
Ocupação antiga	Trabalho fixo	-			33	82	
	Autônomo	-			7	18	
Ocupação atual	Trabalho fixo	-			1	2	
	“Bicos”	-			4	11	
	Auxílio doença	-			2	5	
	Aposentado	-			1	2	
	Desempregado	-			32	80	
Local que dorme	Albergue	-			10	25	
	Instituição filantrópica	-			21	52	
	Logradouros	-			7	18	
Tempo em situação de rua	-	7,37 (±8,69)	0	38	40	100	p<0,001

*dp = desvio padrão; **DCNT = doenças crônicas não transmissíveis; ***n = número, ****valor p= p<0,05 valor de significância estatística.

A tabela 1 exibe o perfil de caracterização sociodemográfica da amostra, que foi composta por 40 indivíduos sendo a maioria do sexo masculino 38 (95%) e feminino 2 (5%), com média de 51 anos de idade, oscilando entre 45 e 65 anos. A idade média foi de aproximadamente 50 anos, quando se trata da pessoa em situação de rua, emerge de forma acelerada o processo de envelhecimento, devido ao contexto de vida que a pessoa está inserida. Nos Estados Unidos os estudos integram as pessoas a partir de 50 anos à faixa etária idosa. Kimbler, DeWees e Haris (2015), em um estudo longitudinal que abrangeu 750 indivíduos de todas as faixas etárias com o objetivo analisarem diferenças de idade na saúde física e mental, status de emprego e duração da falta de moradia, identificou que os adultos mais velhos (50 a 73 anos) apresentam maior probabilidade de pioras nesses domínios analisados, quando comparados aos grupos mais jovens que se encontram na mesma situação. Parece estar relacionado não somente a idade em si, mas também a quantidade de tempo sem moradia.

Além disso, há evidências de que as pessoas que chegam aos 70 anos com saúde em bom estado têm maiores probabilidades de permanecerem saudáveis em seus últimos anos de vida. Por outro lado, aqueles com diversas exposições a fatores de risco ao longo da vida manifestam doenças múltiplas à medida que envelhecem, e tem maior tendência a se tornarem incapacitados precocemente (FRIED, 2016). Sabe-se que quanto maior a vulnerabilidade e quanto mais constante maiores são os prejuízos (MENEZES, 2017).

Com relação ao estado civil, a maioria dos entrevistados se identificou como solteiro (38%) e divorciado (25%). Os respondentes apresentam baixa escolaridade, com média de estudo de seis anos, representando significância devido as discrepâncias, em que dois nunca estudaram, três terminaram o ensino fundamental, outros três o ensino médio completo, mas a grande maioria conta com ensino fundamental incompleto. O perfil dos participantes, não difere da literatura, principalmente por ser composto pela maioria de homens solteiros ou divorciado, assim como apresentado pelo censo brasileiro realizado com a população em situação de rua e com pesquisas nacionais. Com baixa escolaridade que corroboram com os achados do último censo em que cerca de 65% não havia concluído o primeiro grau (BRASIL, 2009; IPEA 2017; SICARI, ZANELLA, 2018).

Quanto a raça 24 (60%) se declaram brancos e os outros 16 (40%) negros ou pardos. Divergindo dos dados da população em situação de rua divulgados pelo CadÚnico³ no ano de 2019, em que 67% se declarou parda ou preta. Diante disso, cabe abranger a discussão da longevidade de pessoas não brancas, sabe-se que ainda há resquícios resistentes de anos de escravidão da população negra que fazem parte da historicidade de toda a nação.

Cerqueira et al (2017) e Oliveira (2018) apresentam o cenário da população negra brasileira: altas taxas de encarceramento, maioria nas periferias, e o genocídio de jovens negros pela polícia, apontada todas essas questões conseguir envelhecer nesse cenário é uma conquista. Quando se trata da pessoa em situação de rua os pardos e negros podem ser maioria em idade ativa, mas não necessariamente representaram as mesmas proporções ao longo do processo de envelhecimento. Por outro lado, ainda no âmbito das hipóteses é possível que a rua seja apenas uma discussão de classes deixando de lado questões étnico-raciais se tratando quase que exclusivamente do abandono social.

A maioria possuía trabalho fixo anterior a situação de rua 33 (82%), e 7 (28%) trabalhavam de maneira autônoma, sendo a profissão de pedreiro a mais referida. Atualmente a maioria está desempregada 32 (80%) e cerca de 10% realizam trabalhos temporários, também conhecidos como “bico”, expressão mais utilizada por eles. Esses trabalhos são caracterizados por uma ocupação que pode durar um dia ou meses, podendo ser pago a diária, semanal ou mensal, porém não possuem nenhum direito trabalhista. O desemprego gera grande incomodo pela maioria dos entrevistados. Pois, foi construído historicamente que o homem é quem possui a força de trabalho e deve ser o provedor do lar. Apesar de esta ser uma visão retrógrada, ela ainda é muito presente na sociedade atual. Boff (2002) descreve a forma como trabalho é entendido na sociedade atual, sendo

³ é um instrumento que identifica e caracteriza as famílias de baixa renda, permitindo que o governo conheça melhor a realidade socioeconômica dessa população. Nele são registradas informações como: características da residência, identificação de cada pessoa, escolaridade, situação de trabalho e renda, entre outras. Desde 2003, o Cadastro Único se tornou o principal instrumento do Estado brasileiro para a seleção e a inclusão de famílias de baixa renda em programas federais, sendo usado obrigatoriamente para a concessão dos benefícios como o Programa Bolsa Família, por exemplo. O Cadastro Único, objetiva ser uma ponte para o acesso das pessoas em situação de rua às políticas públicas. Assim, as pessoas em situação de rua têm o direito de serem identificadas corretamente no Cadastro Único. Essa ação permite que os Governos federal, estaduais e municipais conheçam as características das pessoas em situação de rua: onde há maior concentração, qual seu perfil e quais suas necessidades. Além disso, foi criado um questionário extra que deve ser aplicado juntamente com o CadÚnico, o Formulário Suplementar, criado com a finalidade de coletar informações específicas da população em situação de rua e que deve ser preenchido para cada pessoa da família que estiver nessa situação.

considerado o modo de ser no mundo, o autor define como a forma de existir e de se relacionar, que através dessa interação o ser humano vai se construindo criando sua própria autoconsciência e identidade. Está presente no dinamismo da natureza, muitas vezes a veneração vem do trabalho. Por outro lado, o autor expõe a dualidade do significado trabalho, dialogando com a atualidade do que é trabalho não somente do ponto de vista social, mas também físico, psicológico e econômico. Influenciado pela chamada ditadura do trabalho, em que deixa de ser associado a natureza e passa a ser capital.

No estudo de Pinho, Pereira e Lussi (2019), realizado com 13 Centros Pop, que teve como objetivo identificar ações de inclusão produtiva realizadas por Centros Pop do Estado de São Paulo e a visão dos coordenadores desses equipamentos acerca dessa dimensão do trabalho com a população em situação de rua. Obteve enquanto um dos resultados que os coordenadores entrevistados consideraram que o trabalho é uma forma de conseguir autonomia, como um meio de superação da situação de rua.

Nesse sentido, um estudo realizado na cidade de Fortaleza, das histórias de vida de pessoas em situação de rua, identificou que a ruptura com o mundo do trabalho é um dos componentes que mais influenciaram negativamente na vida deles, por repercutir nos processos de consciência e identidade, ampliando o sentimento de exclusão social (DE ALCANTRA; ABREU e FARIAS, 2015). Ideias hegemônicas neutralizam a situação de desemprego desse grupo, em que o culpabiliza e responsabiliza pela condição de vida.

Em relação às questões financeiras, 24 (60%) possui alguma renda, destes três possuem renda fixa derivada do INSS por pensão por morte ou aposentadoria, enquanto que 21 (53%) recebem auxílio derivado do bolsa família e/ou renda cidadã, no entanto ainda há 16 (40%) que não possuem nenhuma renda ou auxílio, ou seja, sobrevivem sem nenhuma garantia de recurso financeiro. Esses dados corroboram com os dados do CadÚnico que a maioria possui renda de até 80 reais, valor exato do bolsa família para esse grupo populacional. Portanto, caracterizando pobreza extrema, trazendo dessa forma a importância da transferência de renda em um país que apresenta altos índices desigualdade de renda, inclusive quando comparado com outros países da América Latina (IBGE, 2017). A estrutura empregada no Brasil exclui a PSR de pesquisas, pois não há dados sobre a questão financeira desse grupo como os expostos pela Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliada (PNAD). Considerando que a maioria possuía trabalho fixo antes da situação de rua, pode-se dizer que o Estado não apresenta meios contundentes de oferecer

seguridade social a população, impedindo que acessem o conjunto de políticas sociais capaz de ampará-los no momento de dificuldade. E quando estes se encontram em situação de rua os direitos ficam cada vez mais inacessíveis.

O número de sancarlenses é considerável, 16 (40%) estão na mesma cidade da família, 24 (60%) são oriundos de outras cidades ou estados brasileiros. Sobre o local que costumam dormir, pelo fato do estudo ter sido realizado em uma instituição que oferece entre outros serviços a pernoite, a maioria dos entrevistados dormem em instituições, representando 28 (77%) dos respondentes, sendo 21 (52%) na instituição filantrópica, 10 (25%) na casa de passagem, e 2 (5%) que flutuam entre rua, casa de amigos ou familiares, mas 7 (18%) utilizam somente os logradouros públicos como espaço para descanso.

Aqueles que relataram estar dormindo em logradouros públicos relataram que no inverno costumam aderir a instituições, essa época do ano é comum ocorrer ampliação no atendimento, ofertando maior número de vagas ou até mesmo criação de novos espaços, como é comum particularmente no município de São Carlos em que igrejas abrem as portas e oferecem a pernoite além de janta e café da manhã (GIORDANI JUNIOR, 2009).

O tempo de rua apresentou média de 7,37 anos oscilando de 1 mês a 38 anos, com isso apresentou significância devido a grande discrepância entre os entrevistados. Mesmo diante de muitos anos em situação de rua, a grande maioria apresenta vontade de sair dessa situação.

No caso da pessoa que apresenta baixa renda, o acesso à moradia é dificultado devido aos efeitos da urbanização que torna a disputa por terra acirrada. Com o cenário de políticas habitacionais emerge a necessidade de organizar o mercado imobiliário na medida do possível para minimizar os conflitos, ou ao menos garantir soluções não mercadológicas para assegurar o direito à moradia social (SILVA, 2019).

Todos os entrevistados demonstraram o desejo por adentrar numa casa própria, no entanto as dificuldades financeiras perpassam impossibilitando essa realização. A moradia é parte da atribuição de garantia de saúde, segurança e infraestrutura. Sua efetivação deve ser garantida pelo estado por meio da justiça social. Enquanto um direito humano, a moradia demanda políticas públicas para ser respeitada. Além disso, este compõe os direitos sociais previsto na Constituição Federal, com isso é dever do Estado implementar

políticas públicas a fim de garantir a efetividade deste direito (MEDEIROS; MEDEIROS, 2015).

6.3.2 Características de saúde e de adesão à equipamentos

Tabela 2: Distribuição dos dados de saúde de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.

Variável	Categoria	Média (±dp)	Mínimo	Máximo	N	%	Valor – p
Doença	Não	-			21	53	
	Sim	-			19	47	
Medicamentos	Sim	-			15	38	
	Não	-			25	62	
Nº de Medicamentos		0,73 (±1,09)	0	3	40	100	p<0,001
Deixa de tomar	Não	-			6	40	
	Sim	-			9	60	
Queixa de saúde	Não	-			15	38	
	Sim	-			25	62	
Queixa de saúde (quantidade)		1,03 (±1,05)	0	4	40	100	p<0,001
Queixa associada ao contexto	Não	-			11	44	
	Sim	-			14	56	
Percepção de saúde	Muito boa ou boa	-			10	25	
	Moderada	-			18	45	
	Ruim ou muito ruim	-			12	30	

*dp = desvio padrão; **DCNT = doenças crônicas não transmissíveis; ***n = número; ****valor p= p<0,05 valor de significância estatística.

Sobre os dados de saúde observa-se na tabela 2 que, a maioria, 21 (53%) relata não ter doença, no entanto 19 (47%) diz sofrer com alguma patologia, destes 12 (30%) referem se tratar de DCNT, tais como: diabetes, hipertensão, doença óssea, entre outras. No entanto, nem todos estão realizando acompanhamento médico, com isso, 25 (62%) relatam não tomar nenhum medicamento, a média de medicamentos de uso diário é de

aproximadamente 1,0 variando de 0 a 3. Foi observado significância tanto em quantidades de medicamentos quanto em queixa de saúde. Dos 15 indivíduos que tomam algum medicamento, 9 (60%) relatam que esquecem ou deixam de tomar por algum motivo. A maioria 25(62%) relatou ter pelo menos uma queixa de saúde e também a maioria 14 (56%) acredita estar associada ao contexto que vive. A percepção de saúde da maior parte dos entrevistados foi de 18 (45%) consideraram a sua saúde moderada.

O uso de medicamentos pode ser dificultado pela falta de renda, apesar de existirem políticas públicas federais que buscam garantir o acesso à medicamentos, eles abrangem em sua maioria doenças crônicas com isso outros medicamentos podem ficar de fora desta lista de acesso gratuito. A questão medicamento deve ser mais explorada para identificação dos motivos pelo qual 60% deixam de tomá-los. Espontaneamente um dos entrevistados alegou que o seu medicamento era responsável por mais da metade do seu valor do bolsa família, ou seja, basicamente ele utilizava o seu benefício para a compra pois este não era ofertado pela rede pública.

Quanto a saúde, Boff (2002) faz uma crítica clássica em que se opõe a seguinte definição imposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que determina como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (BOFF, 2002, p.144). No qual discute se tratar de uma definição irreal, aludindo sobre um perfeito bem estar que é inexistente, em que apresenta a saúde como um estado e não como um processo pela busca do equilíbrio. A condição de saúde para doença e de óbito, faz parte do ciclo da vida e ignorar esse fato é negar a existência da morte. Outro fator relevante é que é possível ter saúde mesmo com a presença de doenças, assim como o contrário. O autor menciona a frase de um famoso médico alemão que resume de forma eficiente a discussão, “saúde não é a ausência de danos, saúde é a força de viver com esses danos” (BOFF, 2002, p. 145).

No entanto, o estudo de Weber et al (2017), que fez um levantamento realizado por meio de revisão sistemática, que objetivou fornecer conhecimento aos enfermeiros sobre a saúde dos sem-teto, incluindo status geral de saúde, atendimento a doenças crônicas, atendimento de emergência, barreiras ao atendimento e modelos para melhorar o atendimento e melhorar os resultados de saúde para essa população vulnerável. E identificou que essa população sofre mais com doenças do que o restante da população

americana, eles apresentam maiores taxas de doenças agudas e crônicas e maiores índices de mortalidade quando comparado com grupos da mesma faixa etária.

Diante disso, maioria diz apresentar alguma patologia, destes o dobro diz se tratar de alguma doença crônica, estas são doenças que geralmente estão relacionadas à idade avançada, pois se tratam de doenças geriátricas (MACHADO et al, 2017). Neste sentido enfatizando novamente a questão do envelhecimento precoce dessa população. Aqueles que possuem alguma DCNT fazem uso de remédio contínuo, podem apresentar dificuldade de tomar medicamento. Estudos como o de Silva, Cruz e Vargas (2015) apontam que o uso de medicamentos vai contra o estilo de vida dessa população, apesar disso, mesmo não se tratando da maioria, 40% não apresentaram restrições ao uso, isso pode se dar devido ao fato que a maioria está inserida em casas de passagens e abrigos o que auxilia na criação de uma rotina medicamentosa.

Tabela 3: Uso de substâncias químicas de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.

SUBSTÂNCIA QUÍMICA	SIM N (%)	NÃO N (%)	PAROU N (%)
Álcool	15 (37,5%)	1 (2,5%)	24 (60%)
Cigarro	34 (85%)	4 (10%)	2 (5%)
Outras Substâncias Químicas	6 (15%)	17 (42,5%)	17 (42,5%)

Fonte: Elaborado pelo Autor

A tabela 3 expõe o uso de substâncias químicas nas ruas, notou-se que 21 (52%) utilizam álcool, drogas ou ambos. Dentre as substâncias químicas o cigarro é o mais prevalente 34 (85%), seguida do álcool 15 (37,5%). Por outro lado, é de suma importância frisar que 17 (42,5%) nunca utilizaram drogas. Desde o primeiro censo em 2008 até pesquisas mais atuais, o cigarro e o álcool surgiram como as substâncias mais utilizadas por eles o que validam os resultados observados nesta pesquisa. Assim como, a ingestão de álcool e outras drogas podem ser um hábito anterior a situação de rua ou adquirido após como refúgio para não sentir frio, fome e tristeza. Cabe destacar que o álcool é uma droga

lícita amplamente consumida no país, e pelos índices de dependência, tornou-se um problema de saúde.

Tabela 4: Adesão a equipamentos do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social, São Carlos, SP, 2019.

Equipamentos de Saúde	N (%)	Equipamentos de Assistência Social	N (%)
Unidade Básica de Saúde	14 (35%)	Centro Pop	8 (20%)
Consultório na Rua	10 (25%)	Secretária de Cidadania e Assistência Social	2 (5%)
Santa Casa ou Unidade de Pronto Atendimento	5 (12,5%)	Casa de Passagem	1 (2,5%)
Hospital Universitário	4 (10%)	Centro Pop + Casa de passagem	8 (20%)
Total	33 (82,5%)	Total	19 (47,5)

Fonte: Elaborado pela Autora

A tabela 4 demonstra a adesão a os serviços de saúde, a maioria relatou ter acesso 33 (82,5%), e citaram quatro equipamentos de saúde como referência, ou seja, aqueles que eles costumam procurar ou que já fazem algum acompanhamento. O mais frequente foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) 14 (35%), seguido de Consultório na rua 10 (25%), Santa Casa ou Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (12,5%) e Hospital Universitário (H.U) 4 (10%). No entanto, ainda 7 (17,5%) dos entrevistados relataram não procurar nenhum atendimento em saúde.

Em relação aos serviços da assistência social, 19 (47,5%) relataram ter acesso. Apontando três equipamentos de referência e alguns citaram até mais de um. O Centro Pop apresentou maior taxa de atendimento 8 (20%) relataram utilizar somente ele, no entanto outros 8 (20%) citaram utilizar o Centro Pop e Casa de Passagem, com isso o total proporcionalmente 16 (40%) dos entrevistados o especificam com referência. Por este ângulo, 2,5% aponta a casa de passagem, mas quando somado com os 20% que utiliza dois equipamentos, obtém o total de 9 (22,5%) que referencia a casa de passagem. Do total de entrevistados, a maioria relatou não acessar nenhum serviço da assistência 21 (52,5%),

sendo que Centro Pop e a Casa de Passagem foram modelos construídos especialmente para atender as demandas dessa população (Tabela 4).

O Centro Pop enquanto serviço de referência para PSR oferece diversas atividades vinculadas ao seu espaço físico, desta forma quando o indivíduo relata não utilizar o equipamento está relacionada as atividades realizadas no local. No entanto, o Centro Pop abrange ações descentralizadas, tais como o reconhecimento e mapeamento da PSR por meio da abordagem social. Essas intervenções foram observadas durante o processo do Censo da População em Situação de Rua em São Carlos, em que a equipe do Centro Pop foi primordial para a realização.

De modo geral, o acesso a serviços de saúde e de assistência social de pessoas em situação de rua é amplamente discutido por pesquisas nacionais. Esses dois serviços constituem os direitos das pessoas. Apesar disso, muitos ainda não conseguem adentrar nestes serviços, o presente estudo demonstrou que a maioria não acessa a assistência, abrindo espaço para questionamentos: se ocorre devido a uma deficiência na oferta (municipal) ou se os modelos não se adequam as demandas dessa população (federal). Sobre o acesso a serviços de saúde mais da metade relatou frequentar. Atualmente abordagens adequadas para essa população estão sendo desenvolvidas, principalmente com a iniciativa dos consultórios na rua (FERREIRA; ROZENDO; MELO, 2016).

Maia, Sanches e Vasconcellos (2019), realizaram uma revisão sistemática que integrou pesquisas com o objetivo de descrever sobre a pessoa em situação de rua, desigualdade social e pobreza, baseado na falta ou ineficiência do Estado em propor políticas públicas eficazes. Foram analisados 21 trabalhos, e no âmbito das políticas públicas o resultado apresentado discute que as políticas sociais têm problemas universais, elas podem ser afetadas a qualquer momento, e sofrer compensações num período de crise. De maneira geral, há uma fragilização das políticas sociais no país, principalmente para as pessoas em situação de rua, que há escassez de recursos, carência de estudos de levantamento de demandas e a maioria dos serviços municipais existentes necessitam de reformulações. Devem reconhecer que apesar de tanto empenho as políticas não estão consolidadas elas precisam de modificações, pois devem se adequar as mudanças das pessoas em situação de rua.

Tabela 5: Distribuição dos resultados da Avaliação Subjetiva de Saúde de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.

Questões	Melhor	Igual	Pior	Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim
1- De modo geral, como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde no momento atual?				7 (17,5%)	15 (37,5%)	8 (20%)	10 (25%)	0
2- Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde hoje, em comparação com um ano atrás?	10 (25%)	15 (37,5%)	15 (37,5%)					
3- Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde em comparação com de outras pessoas da sua idade?	17 (42,5%)	21 (52,5%)	2 (2,5%)					
4- Como o (a) senhor (a) avalia o cuidado que dedica à sua saúde?				1 (2,5%)	23 (57,5%)	8 (20%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)
5- Como o (a) senhor (a) avalia o nível de atividade em comparação com um ano atrás?	9 (22,5%)	24 (60%)	7 (17,5)					

Fonte: Elaboração autoral (Adaptado Jesus, 2016).

A percepção de saúde é um fator relevante, pois se trata de uma autoavaliação que permite identificar alguns fatores que podem tornar a saúde boa ou ruim. A maioria acredita ter saúde moderada 18 (45%). No momento da coleta dos dados 15 (37,5%) dos entrevistados consideraram a sua saúde como boa e 10 (25%) consideraram ruins. A maioria, 30 (75%) considerara que a saúde está igual ou pior comparada há um ano atrás. Quando solicitado para comparar com outras pessoas da idade deles 21 (52,5%) acreditam que está igual. A maioria avalia como bom o cuidado que dedica a saúde (57,5%). E 60% afirma manter o nível de atividade, comparado há um ano (tabela 5). Foi aplicada a análise de Cronbach e o valor foi de 0,648 demonstrando baixa confiabilidade, isso pode ocorrer devido as diferenças nas possibilidades de respostas por questão.

A percepção de saúde é uma ferramenta bem estabelecida na mediação de características desiguais de saúde, principalmente quando observada questão a questão. A

falta de moradia pode estar relacionada a má percepção de saúde, o que validam os resultados desta pesquisa (FAJARDO-BULLÓN et al, 2019).

Tabela 6: Distribuição dos resultados da Avaliação de Satisfação Global com a Vida de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.

Questões	Pouco	Mais ou menos	Muito
1 - O (a) senhor (a) está satisfeito com a sua vida hoje?	13 (32,5%)	9 (22,5%)	18 (45%)
2 - Comparando-se com outras pessoas que têm a sua idade, o (a) senhor (a) diria que está satisfeito (a) com a sua vida?	9 (22,5%)	12 (30%)	19 (47,5%)
3 - O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua memória para fazer lembrar as coisas do dia a dia?	5 (12,5%)	4 (10%)	31 (77%)
4 - O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas do dia a dia?	7 (17,5%)	8 (25%)	25 (62,5%)
5 - O (a) senhor (a) está satisfeito (a) as suas amizades?	3 (7,5%)	7 (17,5%)	30 (75%)
6 - O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as suas relações familiares?	16 (40%)	10 (25%)	14 (35%)
7 - O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive?	9 (22,5%)	7 (17,5%)	24 (60%)
8 - O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?	6 (15%)	7 (17,5%)	27 (67,5%)
9 - O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com os meios de transporte de que dispõe?	6 (15%)	12 (30%)	22 (55%)

Fonte: Elaboração autoral (Adaptado Jesus, 2016).

Para se sentir satisfeito de maneira global há uma série de aspectos devem se apoiar. Todavia, a consolidação da satisfação ocorre de maneira diferente para cada indivíduo, ela é muito heterogênea, por exemplo, um mesmo acontecimento pode impactar duas pessoas de formas distintas, o que justifica a criação de um instrumento de autoavaliação.

Dos entrevistados, 18 (45%) estavam muito satisfeitos com a vida naquele momento, quando comparado com outras pessoas da mesma idade 19 (47,5%) relataram se sentir muito satisfeito. Em relação à memória a maioria relatou estar muito satisfeito 31 (77%). 25 (62,5%) estão muito satisfeitos com a capacidade de resolver as coisas do cotidiano, ainda sobre o apoio social, 16 (40%) relatam estar pouco satisfeito com as

relações familiares. Quando questionados sobre o ambiente que vivem a maioria 24 (60%) disseram estar satisfeitos, essa foi uma questão surpreendente, já que o contexto é de precarização de muitos dos fatores considerados nessa questão. 27 (67,5%) estão muito satisfeitos com os serviços de saúde e 55% com o meio de transporte que dispõem. No geral, a maioria dos entrevistados apresenta satisfação global com a vida (tabela 6). A confiança do questionário medida pela análise de Cronbach foi de 0,664.

Não foi identificado nenhum estudo que analisou a satisfação global de pessoas em situação de rua, mas foi encontrado estudos que analisaram a satisfação com a vida de pessoas pobres. O estudo de Compara et al (2017), objetivou analisar a Satisfação Global de Vida (SGV) e o Bem-estar Financeiro de indivíduos de baixa renda. O resultado final obtivo foi da maioria satisfeita com a vida, validando os resultados presentes neste estudo.

Foi realizada avaliação de rastreio cognitivo por meio do Mini- Exame do Estado Mental, 32 (80%) apresentaram bom desempenho acima da nota de corte, segundo, escolaridade conforme Bertolucci (1994). Considerando a média de idade dos entrevistados, pode-se afirmar que o fato de 20% apresentar déficits cognitivos é consideravelmente relevante, pois apresenta comprometimento cognitivo precoce.

Tabela 7: Distribuição dos domínios do Mini-exame do estado mental de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.

Domínio	Pontuação	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Normalidade
Orientação temporal	0 a 5 pontos	0,84	0,36	0	5	
Orientação espacial	0 a 5 pontos	0,93	0,25	0	5	
Registro memória imediata	0 a 3 pontos	0,99	0,09	0	3	
Atenção e calculo	0 a 5 pontos	0,50	0,50	0	5	p 0,001
Memória de evocação	0 a 3 pontos	0,65	0,65	0	3	
Linguagem	0 a 8 pontos	0,89	0,30	0	8	
Capacidade visuo-espacial	0 a 1 ponto	0,55	0,50	0	1	
TOTAL		5,35	2,65	0	30	

Fonte: Elaborado pela Autora

Nos domínios o que apresentou maior média 0,99 ($\pm 0,09$) foi o registro de memória imediata, na sequência orientação espacial 0,93 ($\pm 0,25$) e 0,89 ($\pm 0,30$) em linguagem. A média total dos domínios foi de 5,35 ($\pm 2,65$) com variação de 0 a 8, sendo 30 a pontuação máxima do instrumento, quanto maior melhor.

Segundo a análise de Cronbach o questionário possuiu alta confiabilidade, atingindo a média de 0,821.

Assim como, em estudos internacionais a prevalência dos déficits cognitivos ficou em torno de 20%. No estudo de Hurstak et al (2017), que objetivou analisar o comprometimento cognitivo de idosos sem-teto. Foram avaliadas 350 pessoas com média de 58 anos de idade, composta por maioria de homens, afro-americanos. Conclui-se que as taxas de comprometimento cognitivo de pessoas sem moradia apresentam uma prevalência 3 a 4 vezes maior do que comparadas a população geral da mesma faixa etária. Além disso, os autores discutem a relação da idade precoce com início do comprometimento cognitivo que está associada ao risco de mortalidade precoce (HURSTAK et al, 2017)

Tabela 8: Distribuição dos domínios do Índice de vulnerabilidade clínico funcional de pessoas em situação de rua, São Carlos, SP, 2019.

Domínio	Número de questões	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Normalidade
Idade	1	0	0	0	3	
Autopercepção de saúde	1	0,67	0,91	0	1	
AVD instrumental	3	1,61	1,69	0	12	
AVD básica	1	0,75	2,0	0	6	
Cognição	2	0,39	0,66	0	4	
Humor	2	1,22	0,96	0	4	p 0,001
Mobilidade	6	0,38	0,77	0	12	
Comunicação	2	0,37	0,78	0	4	
Comorbidade	1	0,90	1,69	0	4	
TOTAL		6,29	9,46	0	40	

Fonte: Elaborado pela Autora

Dos 40 entrevistados, 26 (65%) se encontravam robustos, os outros 14 (35%) apresentam algum nível de fragilidade, seja leve ou severa, apesar de não representar a maioria, ter 14 entrevistados frágeis em situação de rua é alarmante.

O instrumento apresenta nove domínios, a AVD instrumental demonstrou maiores índices 1,61 ($\pm 1,69$), depois o humor 1,22 ($\pm 0,96$) e comorbidade 0,90 ($\pm 1,69$). A média dos domínios foi de 6,29 ($\pm 9,46$), com nota de corte de 15 pontos, quanto maior a nota maior é o nível de vulnerabilidade, o escore total é de 40 pontos. Cronbach de 0,668.

Do mesmo modo, aplica-se à fragilidade, avaliada pelo índice de vulnerabilidade clínico-funcional que 35% apresentou risco de fragilização ou fragilidade, estes podem apresentar incapacidades únicas ou até múltiplas para gerir a vida. Há poucas pesquisas que abordam a fragilização de pessoas em situação de rua, o que geralmente surge são estudos que discutem a fragilidade em contexto de alta vulnerabilidade social que não adentram em questões da falta de moradia. Neste sentido, é fundamental realizar a identificação precoce da fragilização, pois diante da realidade da população de rua é fundamental para a preservação de todos os aspectos físicos e funcionais (ARAUJO JUNIOR, 2019; FREITAS; ARAUJO, 2019).

6.3.3 Correlações

Tabela 9: Comparação do tempo de rua em relação às variáveis de saúde dos questionários, São Carlos, SP, 2019.

Variável dependente	Variável independente	Variável independente	Variável independente	
	MEEM	IVCF-20	Percepção de saúde	
Tempo de rua	r 0,088 p 0,588	r -0,078 p 0,632	rho -0,010 p 0,952	Análise Correlacional

Fonte: Elaborado pela Autora

Para analisar a correlação foi aplicado o teste de normalidade dos testes em que todos apresentaram normalidade, com exceção da percepção de saúde, com isso foi aplicado o Coeficiente de Spearman enquanto que para as outras variáveis normais foi

aplicado o Coeficiente de Pearson. Na correlação dos questionários MEEM, IVCF-20 e Percepção de saúde em relação ao tempo de rua não foi observada nenhuma correlação significativa (Tabela 9).

Embora a saúde auto relatada ou percebida seja raramente discutida em estudos com pessoas em situação de rua. A maioria dos estudos existentes buscaram relacionar com outros fatores de saúde, como o número de internações, consumo de medicamentos. No entanto a maioria dos estudos não demonstram correlações assim como no presente estudo (FAJARDO-BULLÓN, 2019).

Tempo de rua não demonstrou também relação com aspectos cognitivos, divergindo dos resultados encontrados por Hurstak et al (2017) que apresentou que quanto maior o tempo de rua maior o comprometimento cognitivo. Essa divergência estatística é um achado desse estudo.

Idade e escolaridade também apresentaram normalidade com isso foi aplicado também o Coeficiente de Pearson (Tabela 10).

Tabela 10: Comparação do tempo de rua em relação às variáveis idade e escolaridade, São Carlos, SP, 2019.

Variável independente	Variável dependente	Variável dependente	
	Idade	Escolaridade	
Tempo de rua	r 0,104 p 0,524	r -0,035 p 0,831	Análise Correlacional

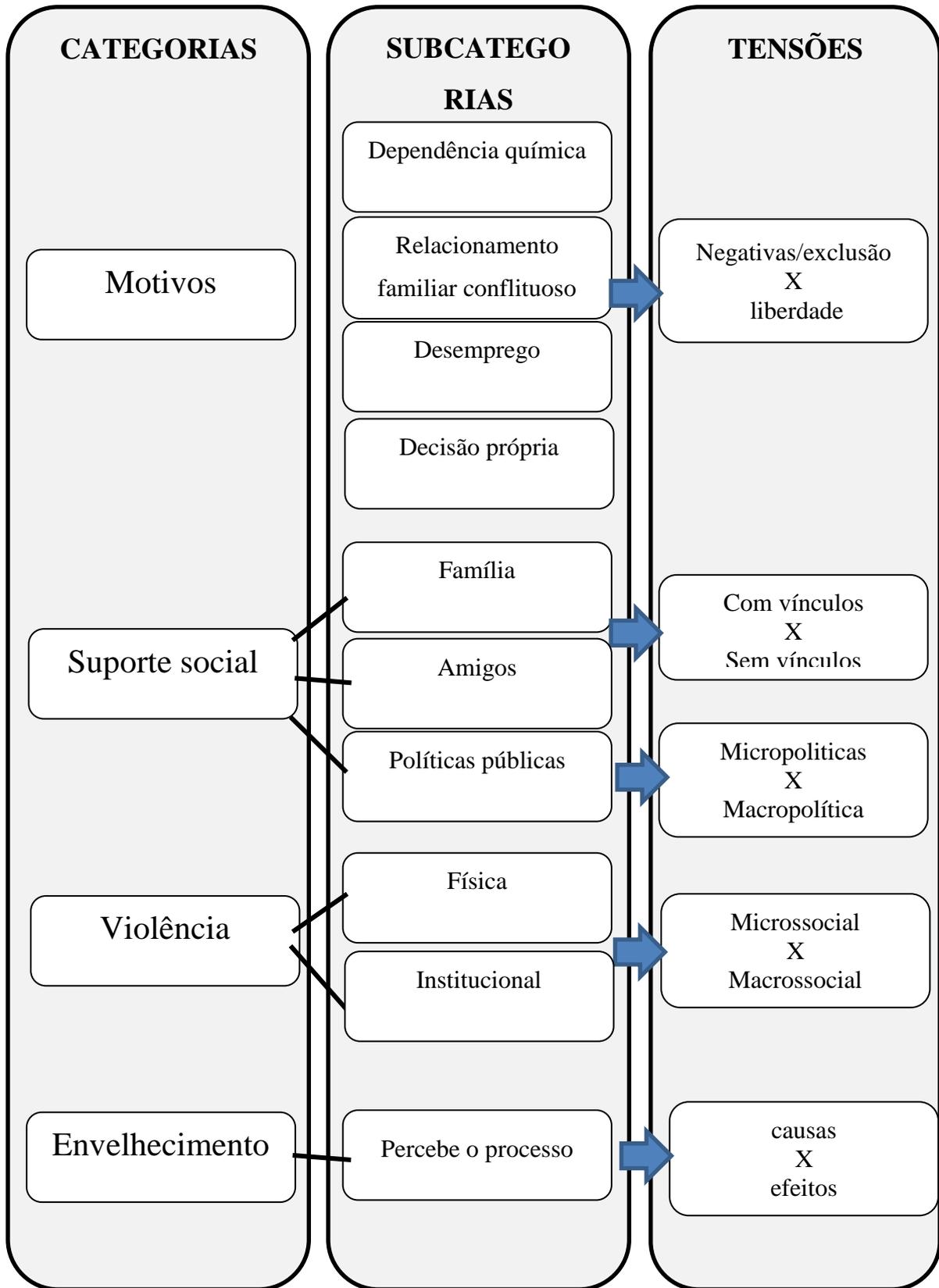
Fonte: Elaborado pela Autora

Bem como não foi observada correlação significativa entre escolaridade e idade em relação a tempo de rua. Não foram encontrados estudos que realizaram as mesmas correlações.

6.4. Resultados Qualitativos

De maneira geral as categorias se assemelham as perguntas presentes no questionário semiestruturado, já as subcategorias estariam diretamente ligadas as respostas, ou seja, os resultados da análise de conteúdo, enquanto que as tensões apresentam apresenta a diversidade de respostas.

Figura 2: Categorização dos resultados qualitativos, São Carlos, SP, 2019.



Fonte: Elaborado pela Autora.

6.4.1 Motivos

Nesse sentido, a primeira categoria apresentada que emergiu da fala dos participantes refere aos “Motivos”, que revelam o que levou a pessoa até a situação de rua, e é composta por quatro subcategorias: dependência química, família, desemprego e decisão própria. A primeira é a dependência química que foi abordada por 18 indivíduos como o principal motivo geralmente associado a mais um fator, expressos nestes exemplos:

“Foi quando eu separei da família eu larguei tudo por causa da bebida. Eu bebo e a minha mulher não aceitava e hoje ela bebe, pra você ver” (E6).

“Foi o álcool que me tirou de casa, que me fez perder o emprego” (E11).

“Sempre foi o álcool, desandei no álcool quando eu divorciei tudo perdeu valor pra mim. Estava trabalhando e acabei perdendo o emprego, foi quando eu desandei e me joguei no álcool, as pessoas me viram como alcoólatra não consigo emprego, cai na rua, 5 anos inteiros sem trabalho” (E38).

“Alcoolismo né, que é o da maioria. Tenho conflitos com os meus irmãos, é difícil a situação. O problema do álcool mesmo resumindo” (E32).

De forma mais ampliada a dependência química surge mais vezes durante as entrevistas: Emerge nesta categoria o desejo de abandonar a dependência química porque a reconhece como vício, como um ato ruim:

“Nossa, até me dá vontade de chorar por causa disso, porque eu faço muita coisa inadequada, eu devia fazer aquilo lá mas ai eu bebia ao invés disso, era horrível. Nunca mexi com drogas, mas bebida né” (E5).

A primeira subcategoria ainda aborda o grupo que está realizando algum tratamento ou acompanhamento:

“Gostaria de falar sobre as minhas recaídas, são porque eu não aguento frustração, como pode alguém da minha idade pode não ter aprendido a lidar com isso ainda? Enquanto eu não aprender eu não saio daqui” (E24).

Não saio daqui, se referindo à instituição que o ajuda a permanecer sóbrio. Ainda sobre a mesma instituição:

“Igual te falei hoje se eu fosse sozinho receber o meu bolsa família eu não estaria aqui, eu sei, e J. sabe disso, por isso pedi para irem comigo” (E27).

Há também o grupo de pessoas que reconhece o vício, mas está sem tratamento:

“Um dia eu saio dessa vida, eu não quero ficar nessa pra sempre. Eu preciso muito sair dessa, eu não aguento ficar nessa vida” (E1).

Se referindo à dependência química. Ainda a próxima fala traz não somente o vício, mas a forma com a sociedade e governo trata o dependente químico, e ainda apresenta uma analogia impactante:

“Gostaria que tivesse mais respeito aos viciados. Que a sociedade e governo olhasse mais, ambos tratam a gente mal, não compreendem a nossa situação. Eu sempre falo, o vício é como uma ferida crônica, que deve ser cuidada diariamente, se você descuidar ela fica pior e pode virar um câncer, se você achar que ela está melhor e tira a casquinha ela fica ainda maior e cada vez mais difícil de cuidar” (E13).

Outra fala muito impactante ocorreu após uma interrupção na sala de entrevista, em que um jovem entrou e tentou se comunicar, no entanto sem sucesso, ele apresentava dificuldade devido ao transtorno mental desencadeado pelo abuso de drogas ilícitas, nesse momento o entrevistado disse:

“Veja bem, não tenho do que reclamar você viu a situação dele? Ele não tem a noção que eu tenho pra conversar, então você está entendendo a situação, quando eu tava te contando a minha história eu tive vontade de chorar em alguns momentos, mas ai eu lembro dele, lembro do seu C. que saiu hoje daqui na maca do SAMU, então vejo que tô melhor do que eles, que tô mais forte, que não tenho motivo pra chorar. Não é fácil mas minha história não depende de mim, ela faz parte de mim. Não é fácil porque conversar com você fez as coisas virem a tona, não é fácil. Você querer voltar pra sua família, irmãos, tios, pais, sobrinhos, como eu queria e não conseguir” (E27).

Essa fala demonstra como a dependência química interfere nas relações familiares, que o desejo de estar em casa, de abandonar o vício não é suficiente. Um entrevistado apresenta uma ideia que considera resolutiva:

“Pra falar a verdade pra você, uma que é o seguinte, relação de rua tem sido assim, de fato o que eu penso, ah, eu acho que não deve ser tratado como eles tratam, porque a gente somos gente também, só eles podem responder de fato. Eu acho que tinha que resolver uma coisa com as pessoas que vendem álcool. Não sei se existe isso aí, as pessoas caem nessa contradição, mas as pessoas não são obrigadas a beber. Mas a médica disse que me entende que a questão do álcool é um vício. Mas eu queria que tivesse um jeito de dificultar a venda ia me ajudar” (E5).

Nota-se que a dependência química gera conflitos no trabalho e/ou ambiente familiar o que dificulta ainda mais a permanência com a família. Nesse sentido, a subcategoria “Relacionamentos familiares conflituosas” demonstra que algumas vezes esses vínculos já estão enfraquecidos:

“Foi por decepção, desgosto familiar” (E14).

“Larguei da esposa, aí fui morar com a minha finada mãe aqui em São Carlos, aí minha mãe faleceu, os meus irmãos tiraram tudo lá da casa e depois alugaram e aí eu fiquei na rua” (E33).

Dentro dessa subcategoria é possível observar relações conflituosas como apontada acima, mas também relações rompidas pelo fim da vida do cônjuge, ou pela decisão de se divorciar:

“Fui casado durante 10 anos, conheci outra pessoa e aí casei de novo e fiquei mais de 20 anos com ela, mas ela faleceu. Depois disso desanimei de tudo, fui pra rua e fiquei 2 anos aqui mesmo em São Carlos” (E15).

“A separação da esposa, minha filha já era casa eu não tinha pra onde ir então fui morar na rua” (E35).

“Relacionada à separação e desemprego só isso que tenho pra dizer” (E34).

Dentro de uma estrutura econômica capitalista que vem sofrendo uma crise mundial importante, o desemprego é uma realidade crescente que atinge o país, sendo um dos geradores de desigualdade. Geralmente, essa faixa da população já possuía pouco poder financeiro, e com o desemprego perde tudo, ou seja, o pouco que tinha. Cinco pessoas apontam o “desemprego” como o motivo para estar em situação de rua:

“Trabalhei como inspetor de aluno (escola particular), fui mandando embora, passei a receber auxílio desemprego mas não consegui emprego” (E30).

“Morava no CDHU, fiquei desempregado atrasei as prestações, perdi mãe e pai e depois me separei porque não tinha mais emprego e casa a família dela fez pressão pra separar” (E1).

“Não consegui para o aluguel mais, aí tive depressão, deixei tudo e passei a viajar” (E19).

O desemprego é estrutural do sistema capitalista, e não uma consequência do estado momentâneo da economia ao contrário do que se imagina, ele faz parte da lógica capitalista, ditada por uma sociedade ditada por relação mercantil, fazendo com que uma massa de trabalhadores seja supérflua (LUSTOSA & PIRES, 2017). Somada a falta de

moradia fazem parte da realidade diária das pessoas em situação de rua. Ainda, na questão trabalho surgiram questões que permeiam entre o motivo para estar em situação de rua evoluindo para questões mais amplas do que significa emprego.

Os direitos das pessoas são violados frequentemente, quando se trata da pessoa em situação de rua essa violação está presente de forma mais severa uma vez que o acesso a direitos fundamentais e sociais são negados diariamente. A questão trabalho emerge constantemente na fala dos entrevistados. O capitalismo se nutre do trabalho, nesse sentido aquele indivíduo desempregado é mal visto socialmente dentro desse sistema de supervalorização do capital, não havendo espaço para a PSR. O mercado de trabalho sofreu modificações ao longo do tempo e no Brasil não foi diferente. Hoje apresentado por salários mais baixos, desvalorização da mão de obra e normatização do trabalho informal que hoje é garantido por lei e incentivado pelo Estado. Todas essas questões que englobam o mundo do trabalho afetam principalmente as pessoas em situação de rua que são ainda mais marginalizados por esse sistema. O depoimento a seguir, abrange um grupo no contexto de total desemprego e sem perspectivas apontando questões como idade avançada ou pelo preconceito por estar em situação de rua:

“A gente tem força pra trabalhar, mas pelo fato de tá na rua. Como todo mundo me conhece aí, eu entreguei 18 currículos em oficinas por aqui, algumas eu já trabalhei há alguns anos atrás, hoje ninguém me pega pelo fato de estar na rua, eles pedem comprovante de residência aí quando eu dou o endereço do albergue ou do centro pop, aí eles já falam, ah vamos ver. Eu tenho 35 anos de experiência, trabalhar eu quero, mas eles não dão uma chance, então fica difícil, eu desanimei, até comentei com a assistente social isso, desanima porque vejo que não como mudar meu rumo, então não vou mais atrás, desanimei” (E9).

“Trabalhava como pintor eu gostava, mas depois trabalhei de servente, mas eu não aguento mais, mas eu gostaria de trabalhar sim. Quem não gostaria né, ter um lugarzinho pra mim, poder ir na minha mãe quando eu quiser e voltar. Mas não dá, fazer o que, tá bom também” (E5).

“No passado era muito boa, muita oportunidade. Hoje falta oportunidade de emprego por isso caímos na rua” (E25).

Em 12 relatos o desemprego estava associado à dependência química:

“1 ano que sai do meu emprego, eu trabalhava como técnico de enfermagem e foi por causa do alcoolismo” (E3).

“Me arrependo de ter largado o meu trabalho em Uberaba, eu trabalhei uns 13 anos na prefeitura. No futuro eu espero voltar aquilo que eu era” (E14).

“Fui despedido pelo alcoolismo. O álcool acabou com a minha vida. Tenho o desejo de voltar a trabalhar por isso estou me tratando” (E11)

“Não tô trabalhando por causa do álcool. Até tem proposta de serviço, mas como vou trabalhar? Perdi o último emprego por causa do álcool. Rapaz, o álcool é o seguinte, o álcool primeiro, depois vem a pedra e essas coisas, mas primeiro é a pinga mesmo. Eu já tô louco pra tomar uma já. É sério fia, infelizmente” (E32).

A questão da dependência química é frequentemente abordada em alguns casos ela é a causa para a situação de rua e em outros é o inverso, o alcoolismo surge pelo novo contexto de vida. Há também casos de abuso de substâncias ilícitas, a última fala expõe a discussão acerca de o álcool ser a porta de entrada para outras drogas.

Diante da falta de oportunidade de emprego há uma grande adesão ao trabalho informal:

“Antes tinha trabalho fixo, mas hoje faço só bicos” (E40).

“Olha eu fui criado na ferraria, meus avós eram da Itália, então eu fui criado nessa arte de ferreiro, então eu aprendi isso aí, e também gosto muito de animais, de cavalo, cachorro, sou adestrador também, aprendi a ser no quartel, desenvolvi né, no quartel eu tive oportunidade de desenvolver, de aprender mais, eu sempre gostei de trabalhar viu. Onde eu paro eu consigo desenvolver, sempre consigo desenrolar alguma coisa” (E18).

“O que aconteceu é que eu morando na rua, não posso trabalhar. Como que eu vou, geralmente, assim, lavar roupa, entendeu? Fica difícil pegar um serviço. Agora se tivesse um serviço fixo que você receberia todo mês, acabaria o problema. Você alugaria uma casa, uma quitinete ou dois cômodos no fundo de uma residência, acabava todo esse problema. Mas a questão é que não arruma um serviço. Fui fazer uma entrevista lá no Romeu Tortorelli e no dia que eu fui tinha 6 pessoas pra 4 vagas e ainda tinha mais um mês para fazer entrevista. Quem vinha na casa do trabalhador. Então fica difícil. Era R\$ 1800,00 por mês, mais 240 e não sei o que de ticket refeição, mais vale transporte, aí acabava todo o problema, mas a questão é que não arruma. É serviço de acabamento. É o que eu sei fazer, mas é muita gente. Então esse é o problema de eu tá na rua, por que quem que vai querer ficar na rua? Ninguém merece, né? Então é um bico ali e aqui” (E16).

Com adesão ao trabalho informal se nota uma versatilidade de funções sempre com o intuito de atender o mercado. Existem também aqueles que migram em busca de

oportunidade de emprego, mas que nem sempre é bem sucedida, este grupo é representada por cerca de 10 indivíduos que aderem a essa prática:

“Nesses dois anos de trecho eu já fui pra Brotas, Itirapina, Barra Bonita, mas sempre atrás de oportunidade de emprego” (E35).

“Bahia, Vitória e várias outras cidades, por causa de emprego apenas” (E6).

O último motivo apontado para estar em situação de rua, trata-se da subcategoria que é a decisão própria retratada por três pessoas entrevistadas, que decidiram sair de casa, do convívio familiar para morar nas ruas. Embora todas tenham sido decisões tomadas aparentemente por escolha, cada uma foi por um motivo diferente:

“Decisão própria sai de casa para fazer artesanato, tinha que sair por aí pra vender” (E17).

“Eu não tenho motivo, foi para ter liberdade, até hoje não tenho motivo” (E21).

“Aos 13 anos eu fui embora com o circo, aí fiquei uns 4 ano no circo, depois venderam o circo, daí eu fui rodando o mundo, fui pra Barretos, viajando de cidade em cidade de carona, pra lá e pra cá um tempão, cidade em cidade. Mas isso aqui é escolha minha né, meus irmão já me ofereceram casa umas 3 vezes, mas é uma escolha minha. Não sou igual esses caras que não tem família, eu tenho, a gente se dá bem assim eu aqui e eles lá” (E28).

Nesse sentido, pode-se dizer que a rua é local de direito, mas não de escolha apesar do que foi expresso pelas falas. Pois quando a rua é demonstrada como a melhor opção, significa que faltam alternativas viáveis. Se viver na rua perante tantas dificuldades e privações torna-se a melhor escolha ao invés do domicílio pode significar que há problemas “secretos”.

Dentre os motivos apresentados todos corroboram com os dados do Censo Nacional que apresenta ao menos três motivos principais alcoolismo e outras drogas, desemprego e desavenças familiares (BRASIL, 2009).

6.4.2. Suporte Social

Em relação à categoria suporte social surgiram 4 subcategorias observado sendo elas a família, amigos e políticas públicas.

Referente a “Família”, pode-se notar que, diferente do que se imagina, metade dos entrevistados tem contato com pelo menos um membro da família, apesar de notavelmente haver conflitos o vínculo não está completamente rompido:

“Não tenho nada pra falar assim eu converso com os meus filhos a gente conversa bastante, até a família é legal conversar. Mas agora vontade de estar lá não, entendeu? Eu converso bastante com eles, eles ligam, converso e falo o que posso né. Mas sempre foi estranho assim” (E28).

“É boa desde que eu não beba, agora que parei ta melhorando” (E37).

“É complicado, meus pais morreram e minha irmã me quer bem mas não tem obrigação comigo” (E2).

“Boa relação com a minha mãe, que sempre acreditou em mim, mas os outros familiares não quero contato” (E13).

Essas respostas exemplificam coerentemente as respostas, pois um grupo aponta que a relação é boa desde que esteja cada um vivendo a sua vida separadamente. Outro aponta ter boa relação quando não bebe, caso contrário há conflitos. Outro aponta que o contato familiar é somente com a mãe, cerca de cinco pessoas citaram a mãe como único vínculo. Outros três apontaram ter pelo menos contato telefônico com os filhos.

No entanto, oito indivíduos disseram não ter nenhum contato familiar apesar de desejar:

“Perdi o contato, e eu entendo eles não quererem contato comigo, eu quase destruí a família com o meu vício, eu perdi todo o contato com os meus irmãos porque eles tentaram me ajudar muitas vezes, mas não resolveu. Somente meu filho falava comigo ainda, mas perdi o contato, na verdade a clinica que eu tava perdeu meu chip, não consegui mais falar com ele, porque o número estava lá, ele deve estar preocupado comigo” (E24).

“O meu filho, desde que sai em fevereiro eu não voltei mais. Não tenho coragem de entrar em contato, sai de lá sem falar tchau” (E27).

“Fiquei 1 ano e 8 meses preso depois disso a relação ficou confusa. Depois fiquei mais 6 anos, perdi a mulher, filho, tudo. Hoje eu queria ter contato com o meu irmão” (E26).

“Tem o meu filho aqui em São Carlos, mas não tenho visto ele, porque o álcool é uma vergonha” (E14).

Existe também o grupo que não tem contato e não deseja tê-lo, essa decisão é tomada pela quantidade de conflitos ou pela relação frágil:

“A gente não combina” (E31).

“Nunca foi muito boa, não é uma relação normal” (E34).

“No passado quando eu era casado tava tudo bem, mas depois que eu separei, eles não concordavam com a minha separação e depois eu fui pra rua e não tive mais contato” (E33).

Não raramente a situação de rua é marcada por fragilização ou ausência de vínculos familiares. Essa questão pode receber destaque na literatura, pois é frequentemente abordada por eles. Ou seja, os resultados apresentados estão de acordo com as demais pesquisas, assim como o Censo Nacional. De maneira geral as respostas apresentam padrões parecidos, pois existem grupos que têm algum contato e aqueles que não possuem nenhum e não possuem interesse (BRASIL, 2009; CUNHA et al, 2017).

O apoio social pode surgir em outros ambientes em outros convívios e não somente no ambiente familiar, nesse sentido foi abordado o apoio de amigos podendo se tratar de relações antigas, ou seja, anteriores a situação de rua e também as amizades realizadas no contexto de rua. Surgiu assim a subcategoria “Amigos”. A religiosidade foi apresentada de várias formas em momentos diferentes das entrevistas, por exemplo, quando questionado se tinha amigos a resposta foi:

“Não tenho, meu amigo é Deus” (E22).

Vínculos podem ser construídos ao longo da vida, no entanto o que se pode notar é relações na rua conflituosas. Sobre essas relações, seis apontaram de forma negativa:

“Complicado, é uma relação cheia de conflitos” (E15).

“Esses só me roubaram, fazia eu comprar as coisas pra eles, roubaram até meu celular novinho”(E37).

“Ah, relação do trecho é cada um por si, não pode confiar muito na pessoa, porque a pessoa que tá no trecho pode te roubar ou coisa pior, porque começa a usar droga, beber, aí a pessoa é da cidade, sempre se aproxima de ti só pra conseguir alguma coisa, na rua às vezes você tem que usar mascara, ser aquilo que você nem é sabe, por na rua é tudo troca, você pode ser aproveitado ou humilhado. É uma situação complicada, rua é só para os fortes.” (E20).

A rua para eles é local de sobrevivência, por isso pode ser um espaço de conflitos e pode-se observar através das falas que os furtos entre eles ocorrem com certa frequência. O depoimento acima demonstra como é conviver com outras pessoas na rua e termina

dizendo que rua é para os fortes. No entanto quando perguntados sobre amizades antigas (anteriores a situação de rua) eles abordam não existir mais:

“Nunca foi boa não, era droga, pinga, só essas coisas. Hoje não tenho sabe” (39).

“Não tenho” (E14).

“Não, só das ruas mesmo, a maioria virou as costas por eu estar na rua” (E9).

Nas ruas vemos conflitos e isolamento. Mas como qualquer espaço de sobrevivência exige organização e nesse momento vínculos podem ser construídos. Há uma singularidade presente na rua que nem a empatia é capaz de compreender essa realidade, nesse sentido o fato de vivenciarem a mesma situação pode criar relações sejam elas de apoio, de cuidado ou até mesmo outras formas. São relações escolhidas com cuidado:

“Muito difícil ter amizade, quase não dá pra confiar em ninguém, dois ou três só” (E38).

“Fiz boas amizades, as pessoas na rua se cuidam” (E35).

“Era boa, exceto com o amigo que me deu a paulada na perna, mas ele tava louco então eu entendo” (E26).

Grande parte dos relatos aponta não existir amizade, justificam apresentando experiências ruins vivenciadas. Apesar disso, alguns de uma forma singela dizem sentir que podem confiar em um ou dois, ou seja, o círculo de amizade é menor e muitas vezes cheio de desconfiança, mas possível de existir, assim como apontado pelo estudo de Cunha (2017).

Do ponto de vista social o apoio abrange mais do que as relações pessoais, compreende também os serviços ofertados e a oportunidade de acesso a eles. Nesse sentido das percepções dos entrevistados surgiu a subcategoria “políticas públicas” de âmbito micro e macro, ou seja, das esferas municipal e federal.

Atualmente a cidade de São Carlos possui dois serviços estaduais especializados com objetivo de atender pessoas em situação de rua: o Centro Pop e o albergue. Apesar disso, 15 entrevistados relataram não compreender ambos como serviço de referência, fazendo críticas ao modelo e apontando insuficiências nos serviços:

“Em outros albergues é diferente, eles vem atrás das pessoas pra trabalhar, aqui já não, tem muito preconceito, ai vem um pessoal fazer um negocinho da prefeitura fazem reunião, ao invés de

fazerem uma reunião pra ajudar o morador de rua pra dar uma chance, eles não fazem reunião pra isso, eles fazem pra falar de morador que tem uma casa que tem que fazer ele voltar pra casa, e pra nós mesmo que não tem nada eles dizem essa pauta não está em discussão e não sei o que, aí a gente fica nessa aí, do albergue ao centro pop do pop pro albergue, aí se você faz algo errado pronto te dão castigo, hoje você não pode dormir no albergue” (E9).

“Não procurei o centro pop porque tive medo de ser mandado embora pra São Paulo e lá tenho mais medo ainda de utilizar os serviços, principalmente os albergues” (E24).

“O centro pop me deu uma passagem de retorno a Ribeirão Preto e eu perdi, até gostaria de voltar, mas estão se recusando a dar outra ou dar andamento no atendimento” (E3).

“Botucatu faz uma pressão enorme pra que você vá embora, que volte para a cidade que nasceu. Em São Carlos foi pior, aqui não tem nada, nenhum curso no centro pop” (E4).

Observa-se a partir das falas que o objetivo do Centro Pop enquanto serviço de referência que deve obrigatoriamente oferecer atendimento individuais e coletivos, em forma de oficinas, atividades que incentivem a autonomia e protagonismo. E conforme os relatos não é este serviço que vem sendo ofertado no município. Dois relatos chamam atenção sobre esses dois serviços de referência, esses naturalizam a situação inadequada dos atendimentos, numa visão de que não merecem mais do que é ofertado:

“O centro pop e albergue pra quem tá na merda tá bom” (E21).

“Pra mim tá bom, mais do que isso a gente não consegue mesmo” (E34).

Mas também tem aquele que enxerga a necessidade de mais políticas públicas:

“Esse negócio de pessoa em situação de rua é difícil né. Só porque a gente é da cidade os albergues não aceita a gente. Tinha que ter um lugar adequado pra gente né. O governo tem que ver isso aí” (E33).

Além desses dois serviços abordados, há também críticas sobre o CAPS AD, não em relação ao serviço ofertado, mas sim a decisão municipal de transferi-lo para outro bairro, que fica distante, interferindo no atendimento das pessoas em situação de rua que não tem acesso ao transporte público:

“Questões de saúde estão bem difíceis. Cada lugar é responsável por uma área, cada um num bairro. CAPS lá no Botafogo e assim vai, não tenho passe de ônibus, difícil ir até lá” (E4).

“O CAPS eu não to mais. Tem um pessoal lá que sempre me ajudou pra caramba. Não posso reclamar do CAPS, mas agora fica longe pra caramba” (E32).

Discutir a articulação da saúde e da assistência é de suma importância principalmente porque o meio ambiente o qual estão expostos constantemente afetam diretamente a saúde biopsicossocial. O abuso de álcool e drogas neste contexto pode significar uma fuga, prazer temporário pelas adversidades em planejar o futuro e/ou frustrações. Por isso o CAPS AD possui papel essencial, pois apresenta um novo modelo de tratamento para os modelos psíquicos (OLIVEIRA, 2011; MOTA et al, 2019) . No entanto, como abordado anteriormente o acesso ao equipamento foi dificultado com a mudança de endereço.

Quando o poder público não corresponde às demandas da população, na maioria das vezes ela busca outros meios de suprir suas necessidades. Nesse sentido, sete entrevistados falaram sobre a instituição filantrópica (que terá seu nome protegido) abordando de forma positiva, e até mesmo como um serviço de referencia, uma vez que algumas pessoas chegam ao município somente para serem atendidos por eles:

“Tem algumas coisas que eu já procurei e não consegui pela assistência, pelo centro pop. Agora aqui tá sendo uma mãe pra mim. Aqui eles não faz questão se você é preto, pobre ou rico, qualquer classe, aqui todo mundo é aceito, aqui não tem esse negócio. Eu agradeço a Deus por estar aqui, tem muita gente que não isso aqui, e eu não vou ter outra oportunidade igual essa aqui não, aqui a gente é bem atendido, o pessoal respeita, a gente come sossegado” (E28).

“Sai de Ribeirão Preto e vim pra São Carlos justamente por causa desta instituição, pela minha vontade de parar de beber” (E29).

“Sai de Barretos e vim pra São Carlos pra ser atendido pela instituição” (E24).

Existem também aqueles que recorrem a outros serviços como estratégia de sobrevivência, como os sopões. Algumas estratégias neste sentido são observadas, como igrejas que abrem as portas e oferecem dormitório no inverno, grupos que se reúnem para distribuir marmitas e roupas:

“Não sei se você conhece o restaurante (nome protegido), lá perto das 15h tem umas 50 pessoas ali e eles dão marmita pra todo mundo você leva a vasilha né, ai começa a chamar, eles colocam tudo em cima da mesa e vão colocando comida pro povo. No horário de 19h30 toda quinta feira eles fazem uma oração lá ai a gente vai também participa ai eles já dão uma sopa” (E6).

No âmbito macro das políticas públicas o que surgiu como subcategoria foram a falta de políticas públicas de incentivo ao emprego, a falta de ações do governo perante as demandas das pessoas em situação de rua e por último a grupo de pessoas que enxerga o governo atual como um retrocesso para eles.

Emprego foi a palavra que mais apareceu quando indagados sobre uma demanda que não tenha sido atendida:

“Emprego” (E34).

“Não ajudam em nada, queremos emprego e isso o governo não tenta ajudar” (E35).

“Falta oportunidade de emprego” (E30).

De forma generalizada a subcategoria reflete a falta de ações do governo perante as demandas das pessoas em situação de rua:

“Um lixo” (E3).

“Tenho várias necessidades não atendidas, culpa do sistema” (E31).

“Deveria ajudar um pouco mais, ninguém quer ficar nessa vida” (38).

A questão: “Como percebe ações do governo e políticas para as pessoas em situação de rua?”. Rendeu críticas políticas ao governo atual, pois segundo a percepção de sete entrevistados há um retrocesso no atual governo eleito. Questões como ditadura, fim do bolsa família, governar para os ricos e ignorar os estudantes, apareceram durante essas entrevistas. Todas são questões atuais que foram abordadas nos jornais e também muito discutidas na sociedade até mesmo antes da posse do presidente. Bem como, preocupações acerca das necessidades da população em situação de rua, pois eles sentem que serão ignorados, que os direitos conquistados sob muita luta do Movimento Nacional da População de Rua estão ameaçados e podendo haver regressão:

“Bom, antes do governo atual era melhor, com os governos anteriores. Agora já tão fazendo mais para as populações com mais dinheiro, as mais ricas né” (E20).

“Esses tempos na rua eu não tava tendo comunicação, eu não tô muito por dentro dos benefícios, das ajudas, mas até então o pouco que eu fiquei sabendo eu não gostei muito, não gostei de nada, não vi progresso ainda pra ninguém, não só pra que não está na rua” (E27).

“Péssima. Ainda mais com o Bolsonaro e esse prefeito daqui também” (E23).

“Você acha que vai valer a pena a sua pesquisa? Com esse governo que não liga pra vocês estudantes, imagina pra gente que tá na rua” (E20).

Estereotipando como indesejáveis ou não pertencentes a sociedade prolonga os casos de violência e negligência institucionais. As desigualdades econômicas e sociais colocam as pessoas menos favorecidas à margem desde o seu nascimento e com o envelhecimento tendem a piorar, tendo seus direitos básicos negligenciados diversas vezes pelo Estado. Dentre as violações que surgem nos estudos estão relacionadas à área social, à escola, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à moradia, à alimentação, à documentação e recursos econômicos (DE MATTOS et al, 2018).

6.4.3. Violência

A violência acomete frequentemente a pessoa em situação de rua, do ponto de vista social o fato de não ter moradia é um tipo de violência. Existem vários tipos de violência, sendo a física a mais abordada na sociedade, no caso dessa população é comum ser apontada a violência institucional, onde lhe é negado o direito de atendimento, preconceito por parte dos serviços públicos entre outras atitudes:

“Eu preciso tirar o gesso por causa do braço machucado, fui lá na Santa Casa e não permitiram disseram que tem que entregar um papel pra ser atendido, mas não tenho esse papel” (E14).

Há também a violência física praticada pelo poder público que pode-se configurar entre outros abusos o impedimento do direito de ir e vir assegurado em lei:

“Às vezes a gente tá sentando numa praça e ai vem o segurança, a polícia já chega querendo bater, nem pede documento, não querem nem saber quem a gente é, principalmente a GM, você não pode ficar na praça, eles são os piores, eles gostam de bater mesmo, ai você está sentando numa praça e eles falam porque a gente te conhece você é morador de rua não pode ficar aqui, eles querem que fique onde? No meio da rua?” (E5).

A violência física também pode surgir da sociedade, ela não surge através de uma briga ou conflito, quase sempre é advindo pela situação do indivíduo, ou seja, a pessoa em situação de rua sofre a agressão ou até mesmo morte simplesmente por estar na rua:

“Na rua a situação não é boa, eu estava dormindo na rua próximo ao mercadão e apanhei na avenida São Carlos, sem motivo algum, simplesmente por estar em situação de rua.”(E35).

“Eu passei por uma situação recentemente muito desagradável, eu não quebrei a perna porque eu quis, haviam pessoas me extorquindo, e aí quebraram a minha perna, eu fiquei dois dias sem poder procurar ajuda médica porque não deixaram, entendeu? Então eu perdi muito peso nesse tempo. Me abalou isso tudo, mas graças a Deus não entrei em depressão” (E2).

Nesse sentido, vale questionar o papel do estado. Pode-se dizer que a sociedade reflete o estado e vice-versa, mas o que temos é repressão, muitas vezes seguida de agressão por parte da PM e da GM. Essas atitudes podem servir para legitimar a atitude dos civis agressores. Atualmente o assassinato e a agressão contra pessoas em situação de rua se tornaram constantes nos noticiários e não se vê nenhuma atitude do governo diante de toda essa violência.

Cabral Junior e Costa (2017) objetivou analisar as violências que acometem as pessoas em situação de rua e sua relação com o direito fundamental à segurança. Neste sentido, a rua tornou-se um espaço de luta constante por segurança, disseminando a sensação constante de perseguição.

6.4.4. Processo de envelhecimento

Os participantes foram perguntados acerca do envelhecimento e suas respostas deram origem à subcategoria “Processo de envelhecimento”, puderam se caracterizar quatro grupos: Aqueles que sentem o processo de envelhecimento como natural; os que associam o envelhecimento ao contexto de rua; envelhecimento associado a dependência química e os que não sentem o processo de envelhecimento.

Na primeira categoria 20 pessoas sentem o processo de envelhecimento, mas não associam a nenhum outro fator seja este externo ou interno, encara como um processo natural, mas que apresenta alterações biológicas:

“Acho uma coisa natural, já que tem que acontecer” (E37).

“Nem sei como dizer isso viu, muda tudo a vida da gente, vai ficando veio é barba branca, cabelo branco, vai branqueando tudo. Depois que a gente vê né, quando é novo a gente não liga pra nada, mas agora a gente vai vendo as mudanças” (E39).

Observa-se também que há pessoas que notam que o processo de envelhecimento ocorrer ao longo da vida e com isso realizar atividade física ao longo da vida pode interferir no bem estar no momento do envelhecimento:

“Lógico! É mais a respiração não é mais a mesma, a disposição já não é mais a mesma, o envelhecimento fica aparente no rosto né, que você vê os cabelos brancos, cheio de rugas. Ai acontece de você querer jogar uma bola com a criançada você não aguenta mais correr, e ainda que graças a Deus eu tô forte, não tô tão acabado ainda, eu praticava esporte, jogava bola, pegava uma onda, eu já fiz muita coisa nessa vida. E assim né, eu já tive vida social e vida pessoal e hoje em dia estamos ai, mas tudo é prova, tudo melhora”, (E17).

Um grupo de nove indivíduos, afirmaram que sentem que o processo de envelhecimento deles, de alguma forma sofre influência por estarem em situação de rua:

“Muito sofrido envelhecer na rua” (E25).

“Estando na rua o envelhecimento é rápido, eu percebo isso” (E13).

As condições presentes na situação de rua foram citadas por um dos entrevistados como a causa:

“Eu percebo sim, por exemplo, quando eu durmo na rua eu sinto que pego uma friagem dorme mal, come mal, ai piora tudo” (E6).

Outra condição presente na vida das pessoas em situação de rua é a dependência química apontada por cinco entrevistados com um fator influenciador no processo de envelhecimento:

“Sim, cachaça e droga acaba ainda mais com a gente. Acelera tudo!” (E23).

“Foi rápido, devido ao álcool e drogas. Me sinto mais velho do que a minha idade, parece que tenho mais de 50 anos” (E35).

Existe também um grupo que não sente o processo de envelhecimento representado por seis entrevistados:

“Não sinto” (E26).

“Não percebo” (E19).

Como citado anteriormente, o envelhecimento foi muito apontado por eles a partir de um olhar biológico, muitas vezes associado a questões de aparência, perante essa realidade surge um entrevistado que cita:

“Não percebo, seria mais fácil eu perceber se eu tivesse um espelho, mas eu não tenho” (E3).

Pode-se traçar o envelhecimento dessa população como um novo eixo de demandas para a saúde e assistência social. A transição demográfica é um dos fenômenos estruturais mais importantes que tem marcado a sociedade brasileira, possui forte originalidade quando comparada com países desenvolvidos, em razão da forte desigualdade. Apesar de ser considerado um processo global, na realidade brasileira ele se desenvolve de diferentes formas em consequência dos desequilíbrios sociais. Brito (2008), esclarece que o fenômeno não é neutro e precisa ser discutido em todos os âmbitos de forma ampla, compreendendo que pode causar consequências sociais tanto positivas quanto negativas, esse caminho dependerá das políticas empregadas.

Do ponto de vista apresentado pelos entrevistados é possível afirmar que todos narraram a forma que interpretam o processo de envelhecimento, daqueles que relataram sentir pontuaram de forma negativa, ignorando a sequência da senilidade como uma etapa natural da vida. As representações apresentam padrões históricos que definem o processo de maneira de desfavorável desvalorizando a pessoa idosa (OLIVEIRA, 2011).

Perante esse cenário, convém interpretar essas narrativas através das teorias do envelhecimento. Do ponto de vista psicológico, o paradigma mecanicista representa melhor as falas expostas, já que ele foi base para experimentos que julgaram que não há possibilidade de desenvolvimento na vida adulta e na velhice, validando a maneira como os entrevistados expuseram suas percepções sobre o processo. Bem como o paradigma dialético compreende como um processo permanente de mudança e contradição, que é presidida por influências de natureza inato-biológica, individual-psicológica e culturalpsicológica, a contribuição pode variar conforme a idade. Entendidos por um percurso de desenvolvimento natural, mas que pode ser afetado por questões biológicas (ex: menarca), psicossocial (ex: desemprego), societal (ex: guerra), ecológica (terremoto), desse modo geram novas formas de viver podendo agregar valor positivo ou negativo. Após eventos a forma como se emprega o desenvolvimento individual e até coletivo pode ser modificada pelo enfrentamento de desafios (NERI, 2016). Outro paradigma é o contextualista, entendido por estudiosos como a forma que o indivíduo e ambiente são mutuamente influentes na construção do desenvolvimento individual.

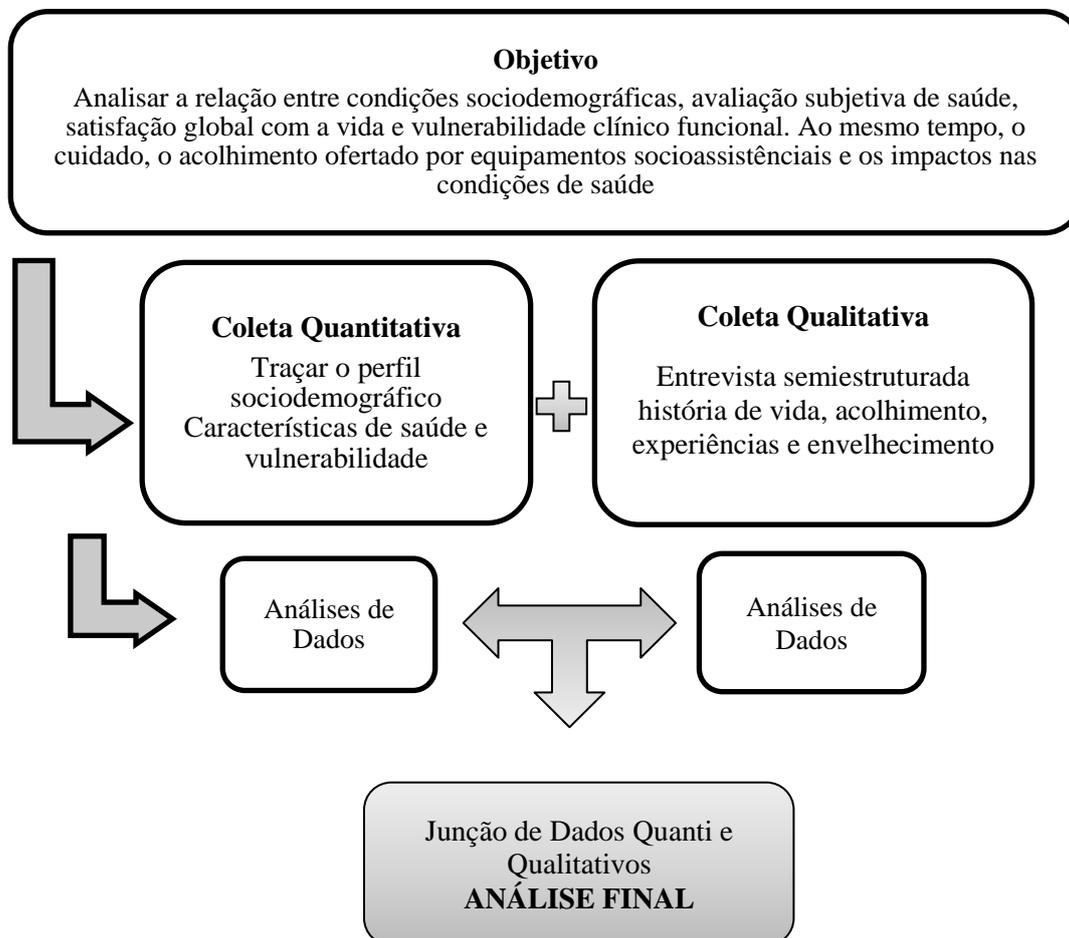
No que tange as teorias biológicas do envelhecimento humano, cabe considerarmos as teorias: sistêmicas e estocásticas como mediadores dessa discussão, uma vez que o relato apresentados pelos entrevistados configuram-se um conjunto de fatores as quais eles julgam como elementos centrais que influenciam direta ou indiretamente sobre o processo de envelhecimento, principalmente sobre a velhice. Destacamos elementos desse processo, estilo de vida (fatores biológicos); fatores ambientais e fatores psicossociais. Quando examinamos o assunto sob a ótica da degeneração da função e estrutura dos sistemas orgânicos e células, assumimos que os processos fisiológicos, bioquímicos e genéticos atuam como sistemas, intrinsecamente ligados e, mudanças eventuais ou constantes sobre as estruturas e/ou epigenéticas podem gerar alterações onde acontece um acúmulo durante o envelhecimento (FARINATTI, 2002; LEITÃO; PEDRO, 2014).

Nessa perspectiva, o modelo atual moderno rege que a alimentação saudável, a prática de atividade física, dessa forma garantem a redução de doenças e melhor qualidade de vida, são o contexto ideal para obter benefícios ao organismo. Todos esses elementos propostos no atual contexto da PSR são praticamente inalcançáveis. Esse cenário pode ser modificado a partir do momento que o governo se comprometer com as demandas da PSR.

6.5. Mixagem: integração dos dados quantitativos e qualitativos

As pesquisas de métodos mistos vêm se tornando uma tendência crescente, principalmente na área de saúde, pois é uma alternativa para estudos de fenômenos complexos. Há vários motivos pelos quais os estudos de métodos mistos devem ser empregados, no presente estudo foi aplicada esta abordagem para que os resultados possam ser interpretados não apenas à luz do valor de dados com análises estatisticamente robustas senão também integradas à voz da população, incorporando percepções dos participantes ao tema em estudo integrando a duas fontes de conhecimento aquela com dados quantitativos e a que fornece os dados qualitativos. Com isso, para a compreensão geral é necessário apresentá-los simultaneamente já que se trata de uma mesma investigação. Conforme Creswell (2013) os dados quantitativos e qualitativos foram coletados concomitantemente (Figura 3), e agora serão comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações.

Figura 3: Diagrama representativo do desenho do estudo quant + qual, São Carlos, SP, 2019.



Fonte: Elaboração autoral (Adaptado Santos et al, 2017).

O perfil das pessoas em situação de rua foi apresentado primeiramente em dados quantitativos, através de médias, desvios padrões e frequências, bem como dados de características de saúde e acolhimento ofertado por instituições públicas. A partir, de dados quantitativos unicamente não é possível compreender questões mais amplas, como por exemplo, o que levou ao alto desemprego ou porque da baixa adesão a serviços de assistência social.

Neste sentido, o perfil apresentado é maioria homens (90%) brancos com média de 51 anos divorciados com ensino fundamental incompleto, desempregados e sem renda fixa

apenas auxílio. Para tanto, cabe a associação da motivação para estar em situação de rua, que se relacionam com o perfil, uma vez que os resultados qualitativos apontaram que muitos saíram de casa devido a um conflito familiar que pode estar associado ao divórcio. Outra motivação presente foi a dependência química que apareceu nos dados qualitativos.

Também surgiu a questão sobre o trabalho em diversos momentos, atualmente 80% estão desempregados, enquanto dados qualitativos foi apresentado a idade como um possível motivador para a falta de trabalho, assim como a falta de oportunidade por estar em situação de rua. Além disso, há um grupo que aponta a dependência química para a motivação do desemprego, na fala do E11 observa-se que a perda do emprego sempre esteve associada ao alcoolismo e o desejo de inserção ao mercado de trabalho novamente (Ver pág. 66).

No que diz respeito aos dados de saúde, 47% relatam ter alguma doença, 62% alguma queixa de saúde, com isso, 75% consideraram sua saúde moderada ou ruim no questionário de percepção. Assim como, 35% apresentam algum nível de fragilidade conforme o IVCF-20, apesar de não se tratar da maioria dos entrevistados é um número alarmante. Pois estas pessoas estão inseridas num contexto de alta vulnerabilidade e risco a saúde e em todos os âmbitos que cercam a mesma. A fragilidade no suporte social e violências institucionais podem influenciar nos dados de saúde como a presença de doenças, quantidade de medicamentos, comprometimento cognitivo e fragilidade.

Ainda, cabe a discussão do processo de envelhecimento que é amplamente necessária. Compreende-se que o envelhecimento apresenta especificidades diversas, mas pouco se sabe quando somada as instabilidades que uma vida na rua manifesta. E a fragilidade é um tema que vem sendo profundamente estudados pela área da saúde, apresentando cada vez mais achados valiosos para a compreensão do fenômeno. O diálogo apresenta a relevância de se avaliar o idoso de maneira multidimensional para prevenção e vale ressaltar que a fragilidade apresenta riscos a vida.

No mesmo sentido da dependência química, existe um estigma social acerca do assunto. Compreende-se a pessoa em situação de rua como usuária principalmente de drogas ilícitas. Quando na verdade, o álcool é a droga mais frequente, neste sentido, 37% dos entrevistados relataram ingerir álcool frequentemente, outros 60% pararam de beber recentemente. Dados quanti e quali apontaram que o alto percentual de indivíduos que

pararam de beber está relacionado ao número de pessoas que estão inseridas na instituição filantrópica, pois 52% se encontravam institucionalizados no momento da entrevista. No entanto, é alto o número de flutuantes que devido principalmente à abstinência voltam às ruas. A fala de E27 sobre a necessidade de ir acompanhado ao receber o seu benefício, reflete essa realidade (Ver pág. 63).

As drogas lícitas, ainda exigem ações constantes para abordar sobre seus riscos a saúde e dependência química. Vale ressaltar que o número indivíduos que deixou de beber ou de usar drogas é alto, isso pode ter ocorrido porque a maioria dos entrevistados estava sendo assistida por uma instituição que oferta atendimento integral em que a abstinência de álcool e drogas faz parte dos princípios da instituição, já o tabaco é aceito com isso não apresentou nenhuma oscilação. Um número relevante dos entrevistados nunca usou drogas, o que pode auxiliar a desmitificar a visão da sociedade sobre o abuso de drogas ilícitas por pessoas em situação de rua, em comparação com o álcool em que apenas um entrevistado relatou não ingerir bebida alcoólica em nenhuma circunstância. Pois nos resultados quali quando abordado a dependência química a maioria se direciona ao álcool e muitos daqueles que utilizam drogas associam com bebidas alcoólicas também, como exposto no trecho da fala do E32 que diz que primeiro pra ele é álcool e depois outras drogas (Ver pág. 67).

A dependência química surge também como o motivo para estar em situação de rua, relatada por alguns entrevistados. Sabe-se que o álcool é motivador de muitos conflitos familiares, a convivência constante com um alcoolista pode gerar brigas, divórcios e até expulsão do lar ou decisão de sair por uma questão de liberdade. Apesar do desejo de abandonar os vícios seja de álcool ou drogas (42%). Sabe-se que há uma grande dificuldade para obter sucesso.

Diante dessa realidade foi criado o CAPS AD, o município conta com um, no entanto, houve mudança de endereço o que impossibilitou o acesso de pessoas em situação de rua. Nesta acepção, é possível observar tensões, em que a PSR narra reconhecer a necessidade de realizar acompanhamento demandando tratamento, mas não se tem um CAPS AD que possa suprir essa demanda, alegam que a ineficiência está inserida no difícil acesso e não no serviço. Mas que por não ter acesso a transporte público é inviável realizar o acompanhamento. Como é evidente na fala de E4 e E32 sobre não utilizar mais o atendimento no CAPS AD, bem como elogiando toda a equipe e o atendimento dos profissionais (Ver pág. 72).

Em reconhecimento desse problema, existem algumas políticas públicas que tem por objetivo ampliar o acesso ao atendimento e cidadania sob a ótica da redução de danos realizada por meio do Programa Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, implementado pelo Ministério da Saúde. No entanto, o acesso nem sempre é tão simples, principalmente no caso do município de São Carlos, que como citado anteriormente.

Perante essa realidade, cabe discutir o acesso a serviços de saúde e de assistência social, que seriam os acolhimentos ofertados por essas instituições. Os dados quantitativos obtidos foi que 82% aderem aos serviços de saúde, enquanto que 47% utilizam serviços da assistência social. Vale ressaltar que atualmente ambos possuem dois equipamentos de referência para a população em situação de rua. Mas as críticas aos modelos de atendimento dos equipamentos assistenciais surgem em diversas falas, esclarecendo a baixa adesão, que foi argumentada pela burocracia de reuniões e pela falta de projetos coletivos que possam mediar a transformação das condições da população de rua como cursos profissionalizantes, articulação com banco de vagas de emprego, entre outras ações possíveis. A fala do E9 demonstra a indignação das instituições públicas por meio de reuniões/assembleias com pessoas em situação de rua em resoluções nada propositivas para avançar e haver mudanças no cenário atual dos albergues e centro pop atuantes no município, os indivíduos não possuem momento de voz e participação nas decisões (pág. 71).

Ainda do ponto de vista do acesso a serviços, a instituição filantrópica fica próxima a uma UBS, e é de costume levar aqueles que necessitam realizar exames de rotina até a unidade, por isso apresentou grande índice. Essa parceria é apontada pela própria instituição que apresenta como uma das parcerias públicas existentes. Portanto, pode-se afirmar que o Consultório na Rua surge de fato para preencher a lacuna do acesso a saúde. Recentemente o HU iniciou um projeto de atendimento para pessoas em situação de rua, chamado de Ambulatório Acolher, oferecendo atendimento médico especializado, surgindo como parceiro da rede de atenção à população em situação de rua do Consultório na Rua, auxiliando na continuidade do atendimento.

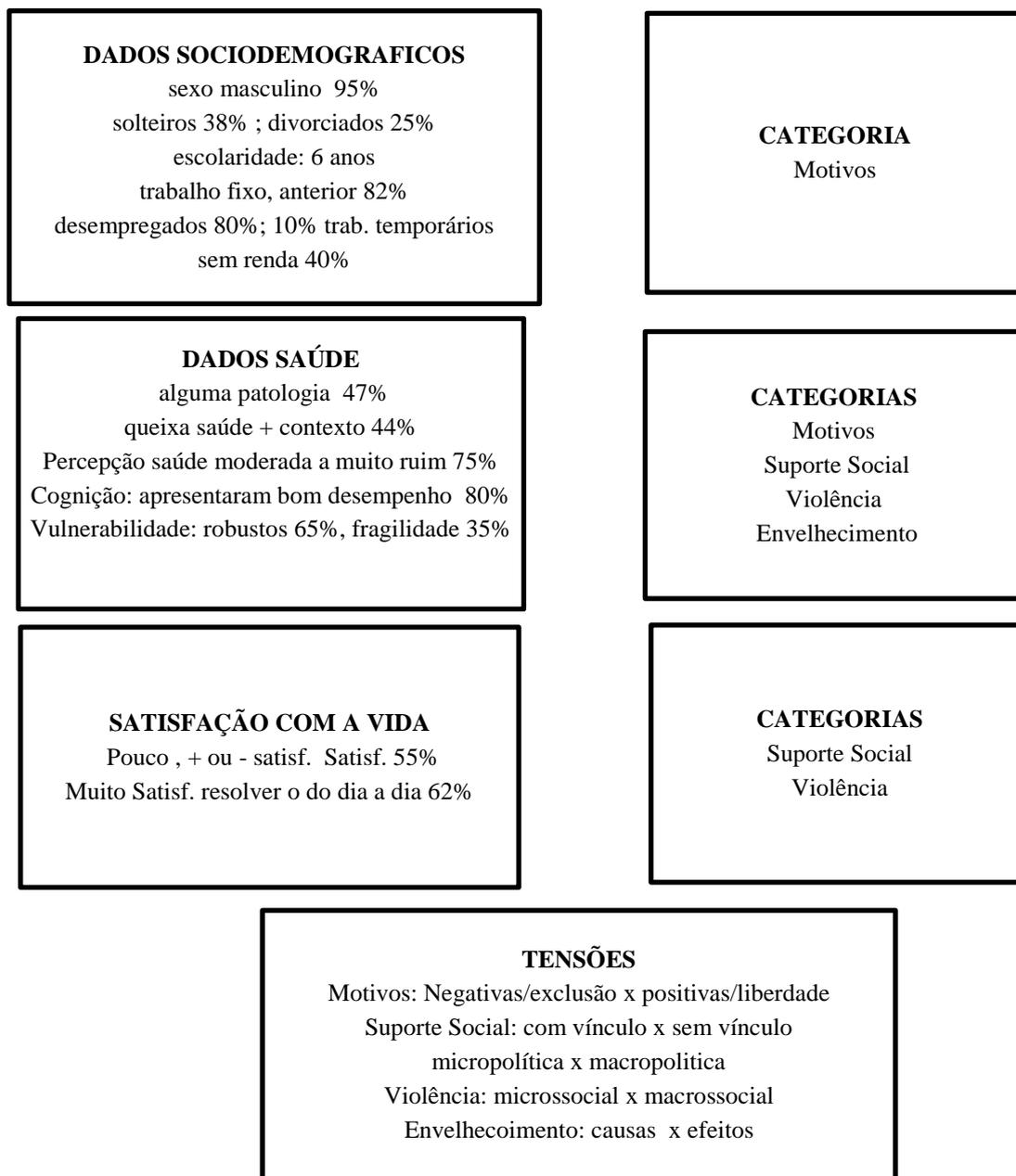
As falas E21 e E34 evidenciam de uma forma muito relevante em que entendem que tanto o centro pop quanto a casa de passagem não são adequados para suprir as demandas, mas são suficientes (pág. 71). Pode-se dizer que estes não se enxergam enquanto sujeitos de direitos, que podem e devem lutar por políticas públicas melhores, por um

atendimento que realmente abranja de forma eficiente e responda as demandas das pessoas em situação de rua. Quando as instituições públicas não atendem a população abrem brechas para seguimentos privados ou do terceiro setor.

Os questionários apresentam papel relevante para a identificação de problemas de saúde e conseqüentemente para a prevenção. Dos entrevistados 45% estavam mais ou menos, pouco satisfeito com a vida, as questões permeiam assuntos como relações familiares, de amizade, com acesso a serviços e com ambiente. Todos esses temas foram abordados qualitativamente e foram referidos de forma negativa, como por exemplo, a amizade relatada pelo E15 que diz não ter nenhuma amizade (Ver pág. 70).

Os questionários apontaram dados alarmantes que devem ser acompanhados, pois 35% apresentaram algum nível de fragilidade, 20% comprometimento cognitivo, 45% consideraram a saúde moderada. Neste contexto, se apresenta a vulnerabilidade de pessoas em situação de rua, que é incerto, inseguro e frágil. Nesta perspectiva é relevante apontar o processo de envelhecimento, pois baixo desempenho cognitivo e fragilidade estão associadas a idade. A maioria dos entrevistados relatou perceber o processo de envelhecimento, inclusive alguns disseram estar associado ao contexto de vida, como consta na fala do E13, que percebe que estar condição em situação de rua o processo de envelhecimento é rápido (pág. 77). Houve aqueles que disseram não perceber o processo, mas aqueles que notam sempre associaram a questões negativas seja de aparência ou questões físicas e psicológicas.

Figura 4: Integração de dados



Fonte: Elaborado pela autora.

6.6. Discussão a luz da historicidade e totalidade de pessoas em situação de rua

O modo de vida operante das pessoas em situação de rua que ocupam espaços públicos e abertos embora lhe é garantido por direito, causa desconfortos perante a

sociedade, há muitos relatos da população sancarlense e por veículos de comunicação (mídias digitais e jornais impressos) em que essas pessoas são vistas demagogicamente subjugada pela população do município.

Nesse sentido, ao constataremos essas concepções podemos aproximá-las a determinadas interpretações distintas das convencionais, podemos interpretá-las a uma preocupação latente ao Materialismo Histórico Dialético, ou a Dialética marxista. Essa abordagem teórica, metodológica e analítica ao estudo da sociedade, da economia e da história proposto por Karl Marx (1818-1883) e Friedrich Engels (1820-1895) para compreender as condições de vida no âmbito individual e coletivo (sociedade) são definidas pelo modo de produção material e modelo desenvolvimento de países que adotam para existência coletiva. Modelo que surgiu para sobrepor o capitalismo como uma crítica à lógica aos meios de produção.

Por definição, o termo materialismo diz respeito à condição material da existência humana, e o termo histórico parte do entendimento de que a compreensão da existência humana implica na apreensão se seus condicionantes históricos e o termo dialético tem como pressuposto o movimento da contradição produzida na própria história. Dessa forma, compreendemos que o materialismo histórico é entendido como transformações econômicas e sociais, determinadas pela evolução dos meios de produção dada à própria realidade e dinâmica da sociedade e até mesmo a natureza do homem (CURY JUNIOR e CURY, 2018). Tentaremos mais adiante, aproximar os resultados da investigação dessa pesquisa, sob a luz da interpretação e reinterpretação da categoria Totalidade, pois assumimos enquanto categoria e não como conceito, pois nos permite utilizá-la como fonte de instrumento mental e por isso não se referem a nenhuma realidade concreta.

Esclarecido o termo totalidade, cabe discutir enquanto população em situação de rua considerando os resultados apresentados da lógica da exclusão, decorrente à diversos fatores, como por exemplo o desemprego, questões econômicas e sociais. Frente a essas constatações o trabalho foi muito abordado pelos entrevistados, neste contexto, enquanto indivíduos a exclusão se apresenta por meio do desemprego que distância o mesmo do ideal de vida empregado pela sociedade, desta forma ele é rejeitado frequentemente caminhando da marginalização à exclusão total, estes são os meios de organização da sociedade perante um indivíduo que não se adequa a lógica do mercado. A totalidade abrange a realidade de forma extensa, ou seja, estrutural, em que a exclusão ocorre por ações do sistema, diante de intervenções governamentais.

Nesse sentido, acreditamos ser a Totalidade no Método histórico-dialético, a categoria capaz de nos trazer clareza, compreensão e entendimento acerca dos fenômenos observados (CURY JUNIOR e CURY, 2018). Para Lukács (1979), “a estreita relação entre teoria e práxis implica necessariamente ao fato de que, nas suas formas concretas dos fenômenos se manifestarem no social, é influenciada pelas suas representações ontológicas” (LUKÁCS, 1979, p.40). Significa dizer que, é fundamental de maneira racional tais questões, mesmo que a ciência e os aparelhos jurídicos e democráticos do Estado negue a possibilidade de responder um debate concreto e resolutivo. Assim, esta negação, atua ontologicamente sob a perspectiva da consciência social.

Para a compreensão da vida cotidiana conforme Agnes Heller (1989) é necessário esclarecer duas problematizações: a primeira estrutura, que significa que não estamos julgados universo, existe uma estrutura que ajuda a explicar a nossa existência dentro do cotidiano. O segundo elemento é o próprio cotidiano que se remete a discussão do espaço e tempo a qual vive todos os homens, configurado pelo modo de produção capitalista. Para tanto Heller diz que “a vida cotidiana é a vida de todos os homens” e quando nascemos já existe um cotidiano imposto, já existe uma materialidade em execução (HELLER, 1989 p. 19). Para tanto, é necessário impor todas as suas potencialidades (mobilidade, capacidade intelectual, capacidade de operacionalizar com a sua atividade, ideias e ideologias), esses elementos devem ser utilizados de forma imediata em busca da resolução dos problemas apresentados a ele. Amadurecer nesse sentido significa aprender a operacionalizar com as regras existentes.

Oliveira (2011) compreende o homem como um ser histórico que vivencia suas experiências através da vida cotidiana, influenciado por experiências estabelecidas que são armazenadas e, desta forma, fazem parte da sua história. Acontecimentos e vivências de pequeno ou grande impacto provocam constantes modificações. Problemas como desemprego, falta de moradia, discriminação e violência incidem na vida cotidiana de pessoas em situação de rua.

Diante disso, é possível considerar que a situação de rua é uma resposta do capitalismo, devido à inadequação do modelo imposto da vida cotidiana atual. Dessa forma, a pessoa perde a sua identidade individual e passa a ser atribuída a um grupo populacional, o de situação de rua, ou seja, deixando de a sua identidade própria.

O fenômeno de pessoas em situação de rua apresenta alta complexidade, por isso, pode-se afirmar que somente é compreendido na sua totalidade. Por outro lado, a

historicidade apresenta a sua história, seu contexto e sua realidade, evidenciando uma série de demandas. Mas o que se obtém até os dias atuais é a falta de conhecimento das demandas por parte do governo e da sociedade que concretiza ações mediante as políticas públicas existentes, tendo estruturas de equipamentos insuficientes ou inadequados à realidade dessa população. Com isso, falta a qualificação das ações de políticas públicas para compreender a realidade concreta e o cotidiano de vivências, necessidade e interesses das pessoas em situação de rua considerando cada indivíduo, desde sua individualidade, isto é como um ser único que compõe e é transformado por diversas dimensões. Buscando garantir à eles a equidade de direitos.

Dessa forma, a fim de se chegar a um pensamento lógico concreto, se faz necessário investigar a luz da pluralidade de aspectos e dimensões, partindo do todo para as partes e das partes para o todo (CURY JUNIOR e CURY, 2018).

As pessoas são heterogêneas e não é diferente se tratando da população em situação de rua, portanto, tensões foram observadas durante a pesquisa. As tensões emergem nas falas Primeiramente foi possível identificar ao serem abordados os motivos que levaram as pessoas à situação de rua a primeira tensão, composta de dois polos. Um deles reunindo justificativas, associadas a um acontecimento negativo, seja a dependência química, conflito familiar ou desemprego, e o outro polo é da escolha, isto é, estar em situação de rua por desejo. Uma representa a rua como lugar de exclusão do inadequado e a outra como sinal de liberdade (ANDRADE; COSTA; MARQUETTI, 2014).

Do âmbito do suporte social emerge a tensão entre ter vínculos familiares versus não ter vínculos familiares. Isso no cotidiano de algumas pessoas encontra-se polarizado assim existem grupos que relatam vínculos familiar, de amizade ou com instituições, mas também apresentam-se pessoas sem qualquer vínculo, os motivos são variados, mas quase sempre estão relacionados as experiências ou conflitos que impedem o contato. Essa relação conflituosa recebe atenção da literatura devido a sua recorrência (CUNHA et al, 2017).

Os entrevistados abordaram questões políticas que apresentam tensões entre dois polos da política micro, o imediato, o mais próximo que concretiza a política em ações efetivadas no dia-a-dia das pessoas, sejam da área de saúde ou de assistência e a macropolítica. A primeira foi composta por discussões municipais, relacionadas à dificuldade no acesso a equipamentos e serviços. Já a segunda compromete o governo

federal, elevando a discussão da falta de políticas públicas adequadas para pessoas em situação de rua até a ineficiência do governo em solucionar problemas da população geral.

A violência contra a população em situação de rua não deve ser vista com naturalidade, apesar disso, elas são cada vez mais frequentes. Do ponto de vista social a tensão se apresenta pelos polos microssocial e macrossocial. O micro está relacionado a violência perpetrada e vivenciada no cotidiano das experiências de vida na rua, realizada pela sociedade que aparecem principalmente de forma social de disfarçada de invisibilidade e até concretizada em atos de violência física por cidadãos e pela PM e GM. Enquanto que a macro está ligada ao Estado e seus representantes percebidos na negligência de serviços, como falta de propostas, pela burocratização de projetos, pela inequidade nas ações. São duas tensões que afetam negativamente a vida dessa população.

Outra tensão percebida diz respeito ao processo de envelhecimento manifestado pelas falas que refletem a causa, em que associam sentir o processo relacionando-o a questões da rua, o contexto refletindo diretamente a forma que envelhece. Outra forma abordada é sob a ótica do efeito, o que significa que o processo de envelhecimento é visto como algo natural, não o associa a nenhuma questão, mas compreende que com ele surge modificações biológicas (motoras e aparência físicas) e psicológicas.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou investigar o perfil geral dos entrevistados, por meio das perspectivas importantes de saúde, história de vida e suporte social aliado à metodologia de métodos mistos para compreensão desse fenômeno tão complexo que é envelhecer em situação de rua. Diante dos resultados e discussões apresentados, o presente estudo corroborou com a literatura científica.

Houve indicação de que as pessoas em situação envelhecem com muitas demandas pessoais e estruturais. Que podem afetar diretamente o seu modo de vida. Os resultados gerais demonstraram que há pessoas frágeis e com comprometimento cognitivo em situação de rua. Que mesmo diante desses dados não possui vínculo com a rede de suporte e apoio tanto no âmbito micro quanto macrossocial. Outras variáveis analisadas nesta pesquisa, como correlação da vulnerabilidade clínico funcional, cognição, idade e escolaridade com tempo de rua, não apresentaram significância estatística.

Em relação ao apoio social a família geralmente tende a ser a mais referida, mas os entrevistados possuem pouco ou nenhum contato familiar. Portanto, podendo necessitar com maior frequência da rede socioassistencial, apresentando assim a necessidade de orientação técnica. Contudo, ainda é considerável o número dos participantes que não aderem aos serviços existentes, desta forma cabe discutir a necessidade do estado em articular ações para compreender as demandas da população em situação de rua e propor resoluções do ponto de vista estrutural das políticas públicas existentes.

Esse estudo fomenta a discussão e a relevância a cerca do processo de envelhecimento das pessoas em situação de rua na proposição de criação a novas políticas públicas que devem avançar e se alinhar as necessidades da população em situação de rua na transição adulto-idoso, visto que devido ao acúmulo de vulnerabilidade podem apresentar singularidades pouco conhecidas neste processo. Em função disso, é necessário criar mecanismo de rastreamento, avaliação e monitoramento para que esse público possa ser assistido devidamente, a fim de, fornecer condições preventivas de agravos à saúde, tais como a fragilidade, comprometimento cognitivo, dependência física e principalmente a morte precoce.

A importância de cada instituição pública de promoção a saúde compreender a sua função é relevante para que a rede de cuidados funcione articulando em prol aos usuários

dos serviços, sendo uma forte aliada na prevenção, promoção em saúde e assistência social, propondo cada vez mais intervenções demonstrando reciprocidade no atendimento.

Destaca-se como resultado importante dessa pesquisa, a necessidade de integrar a devida preocupação em relação à idade, tempo de rua e suas consequências à integridade física e psicológica tanto individual quanto coletiva. Nessa perspectiva, a compreensão do processo de envelhecer dessa população no âmbito biopsicossocial, cultural e econômico é imprescindível, uma vez que a gerontologia enquanto ciência que estuda as diversas facetas do envelhecimento agregando ao conhecimento multidisciplinar e interdisciplinar favorece este entendimento e permite auxiliar para minimizar e impactos negativos fundamentam a condições de senilidade.

Esse estudo buscou fomentar uma discussão e reflexão sobre a forma de organização atual da sociedade, bem como a economia e o emparelhamento do sistema público. É notório as inúmeras injustiças sociais estruturais e com os altos índices de desigualdade sociais, que se mantém pelo modelo de organização civilizatório e de desenvolvimento econômico do sistema capitalista, resultando assim em altos índices de desemprego. Sérios problemas na distribuição de renda e de fortalecimento de cidadania e, principalmente na perda de direitos constitucionais de acesso a moradia, distribuição de terras agricultáveis e a soberania alimentar resultando para muitos o motivo para a extrema pobreza e viver marginalizados aos olhos da sociedade.

Compreende-se que a principal limitação refere-se ao recorte transversal que impossibilitou analisar o processo de envelhecimento no contexto da situação de rua, um estudo longitudinal possibilitaria a comparação dos dados de saúde ao longo do processo e poderia ser mais sensível demonstrando correlações com o tempo de rua. Além disso, o tamanho amostral pode ter influenciado limitando a apresentação dos resultados estatísticos da pesquisa. Outra questão foram os instrumentos utilizados que não foram desenvolvidos para aplicação em pessoas em situação de rua, dificultando a discussão do trabalho. Ainda há uma escassez de estudos que considerem o processo de envelhecimento de pessoas em situação de rua. Com isso, é relevante a criação de mais estudos que considerem essa população.

Á vista disso, concluo ressaltando a necessidade e urgência de pesquisas que busquem compreender e direcionar novos olhares para as diversas relações sociais do

contexto de vida nas ruas, bem como os agravos biopsicossociais. É de suma importância pesquisas nessa perspectiva que permita investigar o processo de envelhecimento principalmente do ponto de vista biológico, corroborando com dados internacionais e fomentando a discussão acerca do envelhecimento ocorrer precocemente devido ao contexto de vida nas ruas. Para tanto, é necessário estudos longitudinais com amostras maiores e que realizem mais análises correlacionais. Ampliando o debate para conjunturas de diversas áreas de atuação como da enfermagem, psicologia e sociologia.

8. REFERÊNCIAS

ADORNO, R. C. F. Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e as populações em situação de rua. **Etnográfica. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia**, v. 15, n. 3, p. 543-67, 2011.

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. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 115-124, 2012.

ALBUQUERQUE, B. R. F. **A população em situação de rua: Atenção à Saúde no Hospital Regional do Litoral**. Monografia (Serviço Social) Universidade Federal do Paraná, 2016.

ANDRADE, L. P.; COSTA, S. L.; MARQUETTI, F. C. 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 e Sociedade**, v. 23, p. 1248-1261, 2014.

ANDREW, W. K. et al. Frailty and Social Vulnerability. **Frailty in Aging**, v.41, 2015.

ANDREW, M. K.; MITNITSKI, A. B.; ROCKWOOD, K. Social vulnerability, frailty and mortality in elderly people. **PLoSOne**, v. 3, n. 5, p. e2232, 2008.

ANDREW, M. K.; KEEFE, J. M. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of old er adults from the National Population Health Survey of Canada. **BMC geriatrics**, v. 14, n. 1, p. 90, 2014

ARAÚJO JÚNIOR, F. B. et al. Fragilidade, perfil e cognição de idosos residentes em área de alta vulnerabilidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3047-3056, 2019.

ARPIANI, S. O. As mil contas do envelhecer. **Revista Longeviver**, São Paulo, n. 1, 2019.

ASHIKIN, E. R. Vulnerable Populations. In: DAMLEMAAM, T. P.; HELTON, M. R. **Chronic Illness Care**, California: Cham Springer, p. 331-41.

AYRES, J. R. C. M.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C.; FRANCA JUNIOR, I. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**, 2009.

BARATA, R. B. et al. Desigualdade social em saúde na população em situação de rua na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 219-232, 2015.

BARBOSA, W. M. **Projeto Veredas: Vozes docentes sobre a prática reflexiva**. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Educação (UFJF), Juiz de Fora, 2006.

BARDIN, L. **Análises de Conteúdo**. Ed. 70, Lisboa, 1977.

BERTOLUCCI, P. H. F. et al. O Mini- Exame do Estado Mental em uma população geral; impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01-07, 1994.

BOTTIL, N. C. L. et al. Condições de saúde da população de rua da cidade de Belo Horizonte. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health**, v. 1, n. 2, p. 164-179, 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Editora Vozes Limitada, 2007.

BRASIL. **Decreto nº 7.053, de 23 de Dezembro de 2009**. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). **Serviço especializado para a população em situação de rua**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assistencia-social-suas/servicos-e-programas/servico-especializado-para-populacao-em-situacao-de-rua>> Acesso em: abril de 2018.

_____. **Estatuto do Idoso– Lei 10.741/03**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: Dezembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf> Acesso em: Março de 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série E: Legislação em Saúde, 2011 Brasília. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em: Maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Diário Oficial da União, 2012.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Ministério do Desenvolvimento Social. **Rua aprendendo a contar: Pesquisa Nacional sobre a população em situação de Rua**. 2009.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Ministério do Desenvolvimento Social. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (Reimpressão)**, 2014.

_____. **Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília, DF, 2008.

_____. **Política Nacional para inclusão social da população em situação de rua**. Brasília, DF, 2008.

BRÊTAS, A. C. P. et al. Quem mandou ficar velho e morar na rua?. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 476-481, 2010.

BRITO, F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Rev. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 5-26, jan./jun., 2008.

BROWN, R. T. et al. Health Outcomes of Obtaining Housing Among Older Homeless Adults. **American Journal of Public Health (AJPH)**. n. 7, p. 1482-88, July 2015.

BROWN, R. T. et al. Pathways to homelessness among older homeless adults: results from the HOPE HOME study. **PloSone**, v. 11, n. 5, p. e0155065, 2016.

BRUCKI S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini exame do estado mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr**, 2003.

CALAIS, C. B. O papel da prefeitura de belo horizonte como garantidora de direitos fundamentais: causas das vagas remanescentes nos abrigos destinados à população em situação de rua. **Percursos**, v. 1, n. 20, p. 62-67, 2017.

CAMARANO, A. A. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros. **Rio de Janeiro: IPEA**, 2004.

CAMPARA, J. P.; VIEIRA, K. M.; POTRICH, A. C. G. Satisfação Global de Vida e Bem-estar Financeiro: desvendando a percepção de beneficiários do Programa Bolsa Família. **Revista de Administração Pública-RAP**, v. 51, n. 2, p. 182-200, 2017.

CARAMANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da População Brasileira- Uma Contribuição Demográfica. In: Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: **Guanabara Koogan**, 4ª edição, p. 141-44, 2016.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparação com a avaliação multidimensional do idoso** (Dissertação). Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00101417, 2018.

CERQUEIRA, D. et al. **Atlas da violência 2017: Política Nacional de Segurança Pública orientada para a efetividade e o papel da Secretaria Nacional de Segurança Pública**. IPEA: Brasília, 2017.

CESTARI, V. R. F. et al. A essência do cuidado na vulnerabilidade em saúde: uma construção heideggeriana. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, 2017.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 11 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

CUNHA, J. G. et al. Novos arranjos: lançando um olhar sobre os relacionamentos interpessoais de pessoas em situação de rua. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 2017, v. 10, n. 1, p. 95-108.

CURY JÚNIOR, C. H.; CURY, J. M. A categoria totalidade no materialismo histórico dialético. **Revista Evidência**, v. 14, n. 15, 2018.

DANTAS, M. L. G. et al. **Construção de políticas públicas para população em Situação de rua no município do rio de janeiro: Limites, avanços e desafios**. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública (Dissertação de Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz: Rio de Janeiro, 2007.

DA SILVA GUSMÃO, B. et al. Idoso em Situação de Rua e Vivência em Centros de Acolhida: Uma Revisão de Literatura. **Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, v. 15, p. 313-31, 2012.

DA SILVA ROSA, A.; CAVICCHIOLI, M. G. S.; BRÊTAS, A. C. P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 4, 2005.

DE ALCANTARA, S. C.; DE ABREU, D. P; FARIAS, A. A. Pessoas em situação de rua: das trajetórias de exclusão social aos processos emancipatórios de formação de

consciência, identidade e sentimento de pertença. **Revista Colombiana de Psicología**, v. 24, n. 1, p. 129-143, 2015.

DE MATTOS, C. M. Z, et al. Violência estrutural no modo e nas condições de vida de pessoas idosas em situação de rua. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 21 n. 4, p. 233-257.

DE OLIVEIRA, A. S.; DE CARVALHO, A. R. Desigualdade racial no brasil: uma análise histórica da construção da cultura racista. **Revista jurídica direito, sociedade e justiça**, v. 7, 2018.

DE OLIVEIRA ARAÚJO, C. L. et al. Para um perfil do idoso-andarilho. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 175-85, 2011.

DIETZ, T. L. Drug and Alcohol Use Among Homeless Older Adults: Predictors of Reported Current and Life Time Substance Misuse Problems in a National Sample. **J Appl Gerontol**, v. 28, p. 235- 55, 2009.

ESTADOS UNIDOS. **Research Agenda on Ageing for the 21st Century**. In: A joint project of the United Nations Programme on Ageing and the International Association of Gerontology and Geriatrics. New York, 2007.

FAJARDO-BULLÓN, F. et al. Sem-teto e saúde auto-avaliada: evidências de uma pesquisa nacional sobre pessoas sem-teto na Espanha. **BMC public health**, v. 19, n. 1, p. 1081, 2019.

FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Revista Brasileira Medicina do Esporte**, v. 8, n. 4. p. 129-138, 2002.

FERREIRA, C. P. S.; ROZENDO, C. A.; MELO, G. B. Consultório na Rua em uma capital do Nordeste brasileiro: o olhar de pessoas em situação de vulnerabilidade social. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, p. e00070515, 2016.

FREITAS, F. A. S. et al. Vulnerabilidade física de idosos na alta hospitalar. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 24, n. 3, p. 253-258, 2017.

FREITAS, F. F. Q.; SOARES, S. M. Índice de vulnerabilidade clínico-funcional e as dimensões da funcionalidade em idosos. **Rev Rene (Online)**, p. e39746-e39746, 2019.

FRIED, L. P. Interventions for human frailty: physical activity as a model. **Cold Spring Harbor perspectives in medicine**, v. 6, n. 6, p. 2016.

GHIRARDI, M. I. G., et al. Vida na rua e cooperativismo: transitando pela produção de valores. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 601-10, 2005.

GOMES, D. F.; ELIAS, F. T. S. Políticas públicas de Assistência Social para população em situação de rua: análise documental. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 27, n. 02, p.151-158, 2016.

GOMIDE, D. C. **O materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre políticas educacionais**. In: SAVIANI, D. et al. Anais da XII Jornada do Histedbr e Seminário de Dezembro: A crise estrutural do capitalismo e seus impactos na educação pública brasileira. Caxias, MA: Histedbr, MA / CESC, 2014.

GONÇALVES, V. 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, 2015. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.com/revista-nova/index.php/revistaportal/article/viewFile/580/636>> Acesso em: Abril de 2019.

GIORDANI JUNIOR, D. O. **Análise de viabilidade econômico-financeira da criação de um albergue na Região das Hortênsias**. Dissertação (Mestrado em Administração), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

GRANGEIRO, A. et al. Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 4, p. 674-684, 2012.

HANH, J. A., et al. BRIEF REPORT: theagingofthhomelesspopulation: fourteen-year trends in San Francisco. **J GenIntern Med**. v. 21: p. 775-78, 2006.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra S/A., 1970.

HURSTAK, E. et al. Factors associated with cognitive impairment in a cohort of older homeless adults: Results from the HOPE HOME study. **Drug and alcohol dependence**, v. 178, p. 562-570, 2017.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**, IBGE: Rio de Janeiro, 2017.

IPEA, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA. **Estimativa de moradores de rua**, 2017. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29303> Acesso em: Abril de 2019.

KIMBLER, K. J.; DEWEES, M. A.; HARRIS, A. N. Characteristic of the old and homeless: identifying distinct service needs. **Aging & mental health**, v. 21, n. 2, p. 190-98, 2015.

KOH, H. K.; O'CONNELL, J. J. Improving Health Care for Homeless People. The **Jama Forum: Jama Network**, v. 24, december 2016.

LAROUSSE CULTURAL. **Dicionário Larousse Cultura da Língua Portuguesa**. São Paulo: Nova Cultural, 1999.

LEITÃO, A. N.; PEDRO, R. M. L. R. Anti-aging medicine: notes on a socio-technical controversy. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 4, p. 1361-1378, 2014.

LUKÁCS, G. **Ontologia do ser social**. Os princípios ontológicos fundamentais de Marx. Trad. Carlos Nelson Coutinho. São Paulo: Livraria e Editora Ciências Humanas, p. 40- 79, 1979.

LUSTOSA, M. A. V.; PIRES, M. G. Desemprego estrutural no contexto do capitalismo global e o ato político-educacional, segundo Slavoj Zizek. **Revista Profanação**, n. 9, 2017.

MACHADO, W. D. et al. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. **Revista Ciência & Saberes-Facema**, v. 3, n. 2, p. 445-51, 2017.

MAIA, F. O. M. **Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no Município de São Paulo – Estudo SABE**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

MAIA, L. F. S.; SANCHES, A. M.; VASCONCELLOS, C. Pessoa em situação de rua e desigualdade social: uma questão de políticas públicas. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 9, n. 28, p. 146-154, 2019.

MANN, J. TARANTOLA, D. J. M., NETTER W, organizadores. **A aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993.

MARTINEZ, M. M. et al. **Andando e parando pelos trechos: uma etnografia das trajetórias de rua em São Carlos**. Tese (Doutorado), Programa de Pós-Graduação em Antropologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

MEDEIROS, M. T. B. MEDEIROS, T. B. M. Efetivação dos direitos fundamentais através das políticas públicas: direito à moradia e programa minha casa minha vida, 2015.

MELO, T. H. A. G. **Política dos “improváveis”:** Percursos de engajamento militante no Movimento Nacional da População de Rua (MNPR). Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

MENEZES, A. L. C. **Fragilidade de idosos em contexto de alta vulnerabilidade social: identificação de fatores associados.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. C. G.; ANDRADE DA SILVA, A. L.. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, 2016.

MORAES, E. N. de et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, 2016.

MORAES E. N.; LANNA, F. M. **Avaliação Multidimensional do Idoso.** Editora Folium, 4a ed, 2014.

MORLEY, J. E. et al. Frailty consensus: a call to action. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 14, n. 6, p. 392-97, 2013.

MOTA, F. O. et al. Aspectos do cuidado integral para pessoas em situação de rua acompanhadas por serviço de saúde e de assistência social: um olhar para e pela terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 4, 2019.

NERI, A. L. Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In: FREITAS E. V.; PY, L. **Tratado de Geriatria e Gerontologia.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2016.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: conhecimento e crítica.** Cortez, 2007.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). Hc3.1 Homeless Population. Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs, 2020.

OLIVEIRA, J. L. **Tópicos Especiais Em Serviço Social I - Gerontologia Social.** Ed Ulbra, 2011.

OLIVEIRA, N. C.; OLIVEIRA, L. A.; SANTOS, J. M. V. O materialismo histórico e suas categorias de análise: algumas considerações. **VII Seminário de Pedagogia-SEPED**, p. 183-200, 2013.

PAIVA, I. K. S. et al. Direito à saúde da população em situação de rua: reflexões sobre a problemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2595-2606, 2016.

VAROTO, V. A. G. et al, **Protocolo de Avaliação Gerontológica**. In: Módulo Organizacional. Série de Apontamentos: Editora UFSCar, 2013

PAPALÉO NETTO, M. Introdução ao estudo do envelhecimento e da velhice. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4ª edição, p. 1-14, 2016.

PAVIANI, J. Epistemologia Prática: ensino e conhecimento científico. Caxias do Sul: Educs, 2013.

PICCOLIORI, G.; GEROLIMON, E.; ABHOLZ, H. H. Avaliação geriátrica na clínica geral usando um instrumento de triagem: vale a pena o esforço? Resultados de um estudo do sul do Tirol. **Idade e envelhecimento**, v. 37, n. 6, p. 647-52, 2008.

PINHO, R. J.; PEREIRA, A. P. F. B.; LUSSI, I. A. O. População em situação de rua, mundo do trabalho e os centros de referência especializados para população em situação de rua (centro pop): perspectivas acerca das ações para inclusão produtiva. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, n. 3, 2019.

ROBAINA, I. M. População em situação de rua e vida cotidiana: algumas considerações geográficas. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, n. 11, p. 59-73, 2016.

RUI, T.; MARTINEZ, M.; FELTRAN, G. (Orgs.). **Novas faces da vida nas ruas**. São Carlos: EdUFSCar, 2016.

SABEL, S. C. **A psicologia de Vigotski e o materialismo histórico dialético de Marx e Engels: relações arqueológicas**. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

SANTOS-ORLANDI, A. A. et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, 2017.

SANTOS, T. A. et al. O materialismo dialético e a análise de dados quantitativos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018.

SCHRÖDER-BUTTERFILL, E.; MARIANTI, R. A framework for understanding old-age vulnerabilities. **Ageing e Society, Cambridge**, v. 26, n. 1, p. 9-36, 2006.

SCHUCK, A. L. et al. "**Nossa fome não é por comida, é por direitos e políticas públicas**": cartografias de processos de resistência com o movimento da população em situação de rua em Santa Catarina. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Universidade Federal de Santa Catarina, 2017.

SICARI, A. A.; ZANELLA, A. V. Pessoas em situação de rua no Brasil: revisão sistemática. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. 4, p. 662-79, 2018.

SILVA, C. C.; CRUZ, M. M.; VARGAS, E. P. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 246-256, 2015.

SILVA, H. S.; GUTIERREZ, B. A. O. Dimensões da qualidade de vida de idosos moradores de rua do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 148-59, 2013.

SILVA, N. M. **Direito à moradia adequada para a pessoa idosa de baixa renda: um estudo quanti-qualitativo sobre políticas públicas habitacionais no interior do estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Gerontologia), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

SILVA, V. F.; HERRERA, A. L. **Experiência de Gestão Municipal Atendimento a Pessoas em situação de rua. São Carlos** – In: Seminário Nacional da População em Situação de Rua: perspectivas e políticas públicas, São Carlos, 2008. Anais do Seminário Nacional de população em situação de rua, São Carlos: UFSCar, v. 1, n. 1, p. 196-207, 2008.

SILVEIRA, M. Y. J. et al. **O cuidado à saúde das pessoas em situação de rua: invisibilidade das ações intersetoriais na cidade de São Carlos-SP**. Dissertação (Mestrado em Gestão Clínica) Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa qualitativa em Educação – O Positivismo, A Fenomenologia, O Marxismo**. 5 ed. 18 reimpr. São Paulo: Atlas, 2009.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, p. 56-69, 2004.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

WEBER, J.; LEE, R. C.; MARTSOLF, D. Understanding the health of veterans who are homeless: A review of the literature. **Public Health Nursing**, v. 34, n. 5, p. 505-11, 2017.

APÊNDICES

Apêndice A

Entrevista semiestruturada

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Dados pessoais

Nome ou nome social: _____ Data de nasc: ____/____/____
Idade: _____

Estado civil: () solteiro () casado/companheiro () divorciado () separado () viúvo

Sexo: () Fem () Masc **Identidade de gênero:** Homem Cisgênero () Homem Transgênero () Mulher Cisgênero () Mulher Transgênero **Condição sexual:** () Hetero () Homo () Bissexual

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Etnia: () branco () preto () pardo () amarelo () vermelho

Escolaridade		
	Série/ Ano	Anos de estudo
() Não Alfabetizado		
() Alfabetizado sem escolarização		
() Ensino Fundamental incompleto (antigo ginásio)	Até que ano?	
() Ensino Fundamental Completo		
() Ensino Médio Incompleto (antigo colegial)	Até que ano?	
() Ensino Médio Completo		
() Superior Incompleto	Até que ano?	
() Superior Completo		
() Pós- Graduação		

Ocupação antiga: _____ Ocupação atual: _____

Renda: _____ Algum tipo de auxílio: () não () sim, qual? _____

Possui filhos: () Não () Sim, quantos: _____

Dados de saúde

Possui alguma doença? () não () sim

Qual: _____

Faz uso de medicamento diariamente (receitados pelo médico)? () nenhum () um () dois () três () quatro () cinco ou mais, quais os são: _____

As vezes você esquece de tomar o medicamento ou deixa de tomar por algum motivo? (Com que frequência ocorre e por qual motivo)? _____

Você tem alguma queixa de saúde: _____

O senhor ou (a) acredita que sua queixa está associada ao contexto que vive: _____

Bebida alcoólica? () não () sim, quantidade _____ () parou, quanto tempo: _____

Fuma? () não () sim, quantos _____ () parou, quanto tempo: _____

Uso de outras substâncias químicas? () não () sim () parou, quanto tempo: _____

Utiliza o SUS? () não () sim, quais serviços utiliza?

Serviços

Como é o seu acesso ao serviço de saúde: _____

Utiliza serviços da assistência () não () sim, quais serviços utiliza?

Como é o seu acesso aos serviços de assistência social: _____

Trajetória de vida na rua

Há quanto tempo está nas ruas: _____

O senhor ou (a) poderia me contar como foi a sua trajetória até a rua: _____

O senhor (a) já residiu em outras cidades? O motivo tem relação à acessos de serviços? _____

O senhor tem família na cidade? Tem encontrado seus familiares? Com que frequência: _____

O senhor ou (a) poderia me contar como é a sua relação familiar passada e atual: _____

Como é a sua relação com amigos (que conheceu antes de ir à rua) atual e passada: _____

Como é a sua relação com amigos (que conheceu nas ruas): _____

Qual é a sua relação com o trabalho passada, atual e futura: _____

Como é a sua relação com essa instituição: _____

Tem alguma necessidade que não foi atendida: _____

Como percebe o processo de envelhecimento nas perspectivas futuras: _____

Gostaria de acrescentar mais alguma informação, fique a vontade para falar sobre qualquer assunto ou demanda: _____

Apêndice B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Resolução 510/2016 do CNS)

**PROCESSO DE ENVELHECIMENTO, VELHICE E VULNERABILIDADE NO
CONTEXTO DE SITUAÇÃO DE RUA**

Eu, Tatiane Vieira Martins de Oliveira, estudante do Programa de Pós Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “Processo de envelhecimento, velhice e vulnerabilidade no contexto de situação de rua” orientada pela Prof^a Dr^a Marisa Silvana Zazzetta.

Devido ao aumento da população em situação de rua e a falta de clareza sobre suas demandas por parte dos municípios, surge a necessidade de realizar pesquisas que buscam conhecer suas histórias de vida, necessidades e acesso a políticas públicas. Com isso, a proposta deste estudo é identificar o nível de vulnerabilidade da população em situação de rua, analisando a relação com o cuidado, acolhimento ofertado pelos equipamentos, e as condições de saúde.

Você foi selecionado (a) por ter idade igual ou superior a 45 anos e por frequentar Centro Especializado na População de rua (Centro POP), casas de passagem/ albergues/ abrigos da cidade de São Carlos/ SP, município onde o estudo será realizado. Primeiramente você será convidado a responder algumas questões cognitivas, ou seja, com foco na sua memória, atenção, linguagem e outros, na sequência uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem a sua trajetória de vida passada e atual, e de apoio social. Posteriormente, será convidado a responder outras questões sobre suas condições de saúde. O projeto foi devidamente aprovado pelo comitê de ética da Universidade Federal de São Carlos, Número do Parecer: 3.220.075, sendo considerada uma pesquisa de relevância social que respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 510/2016 e suas complementares.

As entrevistas serão realizadas individualmente na instituição que frequenta. Os dias serão escolhidos pelo entrevistado que poderá agendar previamente o melhor dia e horário a

serem realizados numa sala com privacidade. Algumas perguntas podem ser invasivas à intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que as informações são sigilosas e não serão divulgadas de maneira a expor o participante. No entanto, a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de questões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e também constrangimento. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Gerontologia, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades para as pessoas que utilizam casas de passagem e o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP). Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo, seja em sua relação à pesquisadora, à Instituição que frequenta ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja citação de nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação. Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas. As gravações realizadas durante a entrevista semiestruturada serão transcritas pela pesquisadora, garantindo que se mantenha o mais fiel possível.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa. Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pela pesquisadora,

onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone (011) 97128-1618 com a pesquisadora Tatiane ou (016) 3306-6664 ou ir até o Departamento de Gerontologia na Universidade Federal de São Carlos e procurar a Prof. Dr. Marisa Silvana Zazzetta.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona Segunda à Sexta: 8:00 às 12:00 e das 14:00 às 16:30 na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8028. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço da pesquisadora para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: TATIANE VIEIRA MARTINS DE OLIVEIRA
Contato telefônico: (011) 97128-1618 e-mail: tatianevmoliveira@gmail.com

Nome do Pesquisador

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

DATA: ___/___/_____

ANEXOS

Anexo A

Avaliação Subjetiva de Saúde					
De modo geral, como o (a) senhor (a) avalia a sua saúde no momento atual?	() Muito boa	() Boa	() Regular	() Ruim	() Muito ruim
Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde hoje, em comparação com um ano atrás?	() Melhor		() Igual		() Pior
Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde em comparação com de outras pessoas da sua idade?	() Melhor		() Igual		() Pior
Como o (a) senhor (a) avalia o cuidado que dedica à sua saúde?	() Muito boa	() Boa	() Regular	() Ruim	() Muito ruim
Como o (a) senhor (a) avalia o nível de atividade em comparação com um ano atrás?	() Melhor		() Igual		() Pior

Anexo B

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20			
IDADE		1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰
			() 75 a 84 anos ¹
			() ≥ 85 anos ³
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰
			() Regular ou ruim ¹
A T I V I D A D E S D E V I D A D I Á R I A	AVD Instrumental Respostas positivas valem 4 pontos cada. Ainda, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde	Máx 4 pts
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde	
	AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho? () Sim ⁶ () Não	
	COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não	
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não	
9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não			
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não		
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não		
M O B I L I D A D E	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não	
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim () Não	
B I L I D A D E	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> ● Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6 kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3 kg no último mês () ; ● Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m² () ; ● Circunferência da panturrilha a < 31 cm () ; ● Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos () . () Sim ² () Não	Máx 2 pts
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não	

		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () <i>Sim</i> ² () <i>Não</i>	
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () <i>Sim</i> ² () <i>Não</i>	
C O M U N I C A Ç Ã O	Visão	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato. () <i>Sim</i> ² () <i>Não</i>	
	Audição	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição. () <i>Sim</i> ² () <i>Não</i>	
C O M O R B I D A D E S M Ú L T I P L A S	Polipatologia	20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? <ul style="list-style-type: none"> ● Cinco ou mais doenças crônicas (); ● Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); ● Internação recente, nos últimos 6 meses (). () <i>Sim</i> ⁴ () <i>Não</i>	Máx 4 pts
	Polifarmácia		
	Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 pontos)			

Apêndice C

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL – MEEM

Analfabetos..... 13
1 a 4 anos de escolaridade.....18
5 a 8 anos de escolaridade..... 18
9 anos ou mais..... 26
Pontuação máxima..... 30
(BERTOLUCCI, 1994)

TOTAL: _____/30.

- E1. Que dia da semana é hoje?..... ()
- E2. Que dia do mês é hoje?..... ()
- E3. Em que ano estamos?..... ()
- E4. Sem olhar no relógio, diga a hora aproximada (considere a variação de ± 1 hr) ()
- E5. Em que local específico estamos? (Aponte para o chão)..... ()
- E6. Que local é este aqui? (Aponte ao redor)..... ()
- E7. Qual é o endereço que estamos?..... ()
(Considere correto nome do bairro ou de uma rua próxima)
- E8. Em que cidade estamos?..... ()
- E9. Em que estado estamos?..... ()
- E10. Em que país estamos?..... ()

E11. Eu vou lhe dizer 3 palavras e quero que você repita em seguida.

Vaso () Carro () Tijolo () n° de tentativas: _____

E12. Quanto é 100 menos 7?

Instruções: Depois da resposta, pergunte novamente “...E 93 – 7?” E assim até completar as 5 subtrações. Se errar aguarde um momento sem dizer nada, esperando a correção espontânea. Se não acontecer, sem dizer que errou continue com as subtrações.

- 100 - 7.....(93) () 93 - 7.....(86) ()
- 86 - 7.....(79) () 79 - 7.....(72) ()
- 72 - 7.....(65) ()

E13. Quais foram as palavras que eu pedi para o(a) Sr(a) repetir agora há pouco?

Instrução: anote as palavras lembradas, independente da sequencia em que foram ditas.

E14.O que é isso?

Relógio..... ()

Caneta..... ()

E15. Eu vou falar uma frase e depois que eu terminar quero que o(a) Sr(a) repita:.. ()

“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”

E16. Eu darei 3 ordens e você só as realizara depois que eu terminar de falar:

Pegue o papel com a sua mão direita..... ()

Dobre-o ao meio..... ()

Ponha-o no chão..... ()

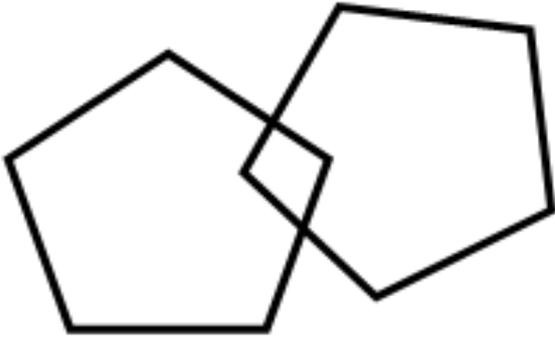
E17. Leia e faça o que está escrito:..... ()

“FECHE OS OLHOS”

E18. Escreva uma frase..... ()

Instruções: peça para escrever uma frase com começo, meio e fim. Considere correto se a frase tiver sentido (desconsiderar erros de gramática e ortografia)

E19.Copie o desenho..... ()



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Processo de envelhecimento, velhice e vulnerabilidade no contexto de situação de rua

Pesquisador: Tatiane Vieira Martins de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08621019.7.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.220.075

Apresentação do Projeto:

Á medida que a transição epidemiológica torna-se uma realidade é de suma importância estudar os diversos contextos em que a população está inserida e se influenciam no envelhecimento das populações. Atualmente há poucos estudos que visam identificar o cenário de idosos em situação vulnerável por não possuir residência fixa. Com isso, o objetivo deste estudo é analisar a vulnerabilidade população em situação de rua, avaliando a relação entre o cuidado, acolhimento ofertados pelos equipamentos e os impactos nas condições de saúde. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, baseado no método misto de investigação por meio de entrevista semiestruturada contendo perguntas abertas e fechadas e será aplicado um instrumento de rastreio amplamente utilizado em pesquisas o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF- 20), será aplicado também a avaliação subjetiva da saúde e satisfação global com a vida. Será realizado com pessoas de 45 anos ou mais, que transitam pela casa de passagem ou que sejam atendidos pelo centro especializado para a população de rua, no município de São Carlos- SP. Pressupõe-se encontrar predominantemente homens, com média de idade próxima aos 60 anos, e com pontuação abaixo da nota de corte no instrumento de rastreio de cognição, demonstrando vulnerabilidade clínica funcional e social, com demandas de cuidados e sócio-assistenciais, que apontam distanciamento da rede de equipamentos do município, evidenciando a falta de acesso a políticas públicas. A relevância deste estudo é analisar os aspectos sociais e de saúde do indivíduo que envelhece em situação de rua e que o levam aos diversos níveis de vulnerabilidade, além de

Continuação do Parecer: 3.220.075

garantir conhecimento científico para o município sobre a população de rua presente na cidade, evidenciando suas demandas e perspectivas.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo é analisar a relação entre condições sociodemográficas, avaliação subjetiva de saúde, satisfação global com a vida e vulnerabilidade clínico funcional. Ao mesmo tempo, o cuidado, o acolhimento ofertados por equipamentos socioassistenciais e os impactos nas condições de saúde serão explorados por meio de entrevista semiestruturada em pessoas de 45 anos ou mais, em situação de rua em um município de médio porte, do interior paulista.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo pesquisadores, algumas perguntas são relacionadas a intimidade da pessoa por isso podem gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de questões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações, podendo trazer à memória marcos negativos da vida causando constrangimento e sentimentos nocivos.

Quanto aos benefícios, a pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área da Gerontologia, para a construção de novos conhecimentos e para a identificação de novas alternativas e possibilidades para as pessoas que utilizam casas de passagem e Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), além de dar embasamento para possíveis políticas públicas. Quanto aos benefícios diretos ao participante, serão aplicados alguns instrumentos de rastreio que podem identificar demandas que necessitam de acompanhamento, por isso caso ocorra o participante será orientado a procurar um especialista se necessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa proposta tem relevância social e respeita os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução CNS 510/2016 e suas complementares.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado.

Anexo E

Satisfação global com a vida			
O (a) senhor (a) está satisfeito com a sua vida hoje?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito
Comparando-se com outras pessoas que têm a sua idade, o (a) senhor (a) diria que está satisfeito (a) com a sua vida?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito
O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua memória para fazer lembrar as coisas do dia a dia?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito
O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com a sua capacidade para fazer e resolver as coisas do dia a dia?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito
O (a) senhor (a) está satisfeito (a) as suas amizades?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito
O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com as suas relações familiares?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito
O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com o ambiente (clima, barulho, poluição, atrativos e segurança) em que vive?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito
O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito
O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com os meios de transporte de que dispõe?	() Pouco	() Mais ou menos	() Muito