

Dimensões da Qualidade de Vida de Idosos Moradores de Rua do Município de São Paulo

Quality of Life Dimensions of Homeless Elderly in São Paulo

Henrique Salmazo da Silva

Mestre em Saúde Pública. Gerontólogo – ILPI São Mateus
Endereço: Rua Felipe Bonani, 59, CEP 08372-040, São Paulo, SP,
Brasil.
e-mail: henriquesalmazo@yahoo.com.br

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez

Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Gerontologia da
Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP.
Endereço: Av. Arlindo Bettio, 1000, Ermelino Matarazzo, CEP 03828-
000, São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: biagutierrez@yahoo.com.br

Resumo

Os objetivos deste estudo foram conhecer as dimensões da qualidade de vida auto-referidas por idosos moradores de rua, em situação de vulnerabilidade social. Foram entrevistados seis idosos do sexo masculino residentes em um abrigo que vivenciaram a situação de morar temporariamente nas ruas. Optou-se pela pesquisa qualitativa utilizando entrevista individual semiestruturada e análise temática. Para os idosos pesquisados a qualidade de vida esteve relacionada aos serviços oferecidos pela casa de acolhida, bem como ao trabalho, manutenção da independência e da autonomia, participação social e o fato de possuir projetos de vida. A mensuração da qualidade de vida de idosos que vivenciaram morar nas ruas representou um desafio e pode auxiliar em programas e serviços.

Palavras-chave: Idoso; Qualidade de Vida; Moradores de Rua.

Abstract

This study aimed to understand the dimensions of self-reported quality of life by elderly homeless in São Paulo and to know the meanings of quality of life in populations exposed to social vulnerability. We interviewed six elderly living in a shelter that had spent a short period living on the streets. Data were collected using in depth interview and analyzed through thematic analysis. To elderly, quality of life was associated to the services offered by the shelter, to having a job, health and independence, social participation and plans for the future. The mensuration of quality of life in this population with social vulnerability is a challenge and to help services and programs.

Keywords: Elderly; Quality of Life; Homeless.

Introdução

A realidade dos moradores de rua dos grandes centros urbanos brasileiros desafia as políticas e as práticas de atenção social e de saúde. Segundo dados da FIPE - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (2010), a população de rua do município de São Paulo totalizava 13.666 pessoas em 2010, sendo na sua maioria formada por indivíduos do sexo masculino e com faixa etária de 41 a 55 anos.

Nos Estados Unidos estima-se que a cada ano 2,5 milhões a 3,5 milhões de habitantes passarão a viver nas ruas, dos quais 18% a 28% com idade superior aos 50 anos (Garibaldi e col., 2005; Hanh e col., 2006; Ploeg e col., 2008). Segundo estudos os moradores de rua com idade superior aos 50 anos, a representam a população que possui piores condições de saúde, maior consumo de drogas e maior acesso aos equipamentos de assistência social e de saúde (Garibaldi e col., 2005; Hanh e col., 2006; Ploeg e col., 2008).

De acordo com Rosa e colaboradores (2005), a população de rua é heterogênea e atribui diferentes significados para viver *na rua* e *viver da* rua, dimensões que remetem ao “ficar na rua”, “estar na rua” e “ser da rua”. Para os autores, o “ficar na rua” pressupõe uma situação esporádica, na qual as pessoas apresentam um projeto de futuro e almejam retomar as funções profissionais e pessoais; também apresentam laços familiares bem constituídos e mantêm forte ligação com as atividades de vida anteriores. O “estar na rua”, sugere a diminuição do contato com a família, com as atividades anteriores e a descoberta de novos vínculos na rua. O “ser da rua”, entretanto, indica a formação de uma identidade relacionada à rua, rompimento dos laços familiares, alterando-se o modo como as relações são formuladas e as formas de conceber o mundo.

Morar nas ruas na durante a velhice implica em uma série de males futuros, incluindo a exposição à violência e à criminalidade, morbidade, acesso precário a serviços sociais e de saúde e baixa expectativa de vida (Schröder-Butterfill e Marianti, 2006). Uma das estratégias para a elaboração de intervenções junto a populações em situação de vulnerabilidade social envolve o levantamento dos significados que os indivíduos atribuem à quali-

dade de vida, ao bem-estar individual e ao futuro. Estudos indicaram que as dimensões da qualidade autorreferida em idosos que vivenciaram condições sociais e de saúde adversas incluíam relações sociais, saúde e mobilidade, participação social, segurança e recursos financeiros (Hildon e col., 2010; Schröder-Butterfill e Marianti, 2006). Contudo, as dimensões da qualidade de vida de pessoas idosas expostas a vulnerabilidade social, como a população idosa moradora de rua, constitui uma questão ainda pouco investigada na literatura.

Lawton (1983, apud Paschoal, 2002) definiu qualidade de vida na velhice como conceito multidimensional vinculado a critérios sicionormativos e intrapessoais, a respeito das relações passadas, atuais e futuras entre a pessoa madura ou idosa e o seu ambiente. Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção dos indivíduos quanto ao grau de satisfação de suas necessidades e ao quanto avaliam o acesso a felicidade e auto-realização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (Neri, 2007).

Este estudo teve como objetivos conhecer as dimensões e os significados da qualidade de vida relatados por idosos que vivenciaram a condição de “ficar” e ou “estar” ruas.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva e qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas.

Os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos foram analisados e aprovados pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil.

Os sujeitos dessa pesquisa foram seis idosos que moraram nas ruas mas, na época do estudo, se encontravam em uma casa de acolhida, equipamento social que assiste idosos em situação de vulnerabilidade social localizado no centro do município de São Paulo. Os critérios de participação compreenderam: possuir idade igual ou superior a 60 anos; ter residido na rua antes de mudar-se para a casa de acolhida; não apresentar comprometimento cognitivo e concordar em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: estar

alcoholizado no momento da entrevista; não ter disponibilidade para receber os pesquisadores e ou não consentir em participar do estudo.

O tamanho da amostra foi determinado segundo a saturação dos dados advindos das entrevistas. Os entrevistados eram do sexo masculino, apresentavam idade entre 60 e 83 anos e referiram ter permanecido nas ruas por um período de 15 dias a três meses, convivendo com outros moradores de rua e ou vivendo sozinhos. No período em que permaneceram na rua, mencionaram situações de elevado risco pessoal e social, eventos que os fizeram refletir sobre como poderiam deixar de “ficar” e “estar na rua” (Rosa e col., 2005). Nenhum sujeito referiu “ser das ruas”, visto que almejavam sair da situação em que se encontravam. Observou-se que a casa de acolhida foi a estratégia utilizada para a saída das ruas. A média de permanência dos idosos nesse equipamento social era de um ano.

Optou-se por abordar os idosos na casa de acolhida pela facilidade de acesso e por ser um equipamento social especializado em acolher este grupo etário dos moradores de rua. A pesquisa seguiu todas as normas da Resolução 196/96 referente à Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Para proteger a identidade dos idosos pesquisados, cada entrevistado foi nomeado com a primeira letra do nome.

As entrevistas foram realizadas em ambiente privativo por três estudantes de graduação em Gerontologia e supervisionadas pelo docente coordenador da pesquisa. As questões norteadoras das entrevistas foram: “Você pode me contar sua história de vida?”, “O que é qualidade de vida para você?”, “Quais as estratégias que você usou para sobreviver na rua?”

Os dados coletados foram provenientes de seis entrevistas, com duração média de 50 minutos cada uma. Os conteúdos dessas entrevistas foram gravados, transcritos e categorizados mediante a análise temática de Minayo (2004).

Esclarece-se que a análise temática utilizada neste estudo está embasada na definição de qualidade de vida como sendo “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995).

Esclarece-se ainda que as categorias que emer-

giram das entrevistas foram classificadas segundo alguns domínios e facetas do arcabouço teórico do módulo WHOQOL-OLD (Fleck e col., 2006). Esse módulo permite a avaliação do impacto da prestação do serviço e de diferentes estruturas de atendimento social e de saúde sobre a qualidade de vida, especialmente na identificação de investimentos e políticas públicas necessárias para se promover ganhos no bem-estar e qualidade de vida (Chachamovich e col., 2005).

Chachamovich e colaboradores (2007) afirmam que a valorização da percepção subjetiva somada a parâmetros objetivos, assim como a ampliação do leque de investigações na área de saúde para além de aspectos clínicos, integram o atual conceito de qualidade de vida, suas diversas definições e utilização no campo da saúde. Isto nos levou a aprofundar o tema qualidade de vida na perspectiva de idosos moradores de rua.

Resultados e Discussão

Os significados de qualidade de vida relatados pelos participantes estruturaram-se em quatro pilares: nível de independência, ambiente, aspectos psicológicos e relações sociais e econômicas que foram formados pelas seguintes categorias: mobilidade, realização das atividades da vida cotidiana, segurança física e proteção, valorização da autonomia, imagem corporal e aparência, atividade sexual e intimidade, perspectivas de vida, relações familiares, atividades passadas, presentes e futuras e recursos financeiros.

Nível de Independência

No pilar Nível de Independência, a análise indicou os seguintes temas: importância da mobilidade, realização das atividades cotidianas e capacidade para o trabalho.

Mobilidade

A independência aparece como sendo uma dimensão relevante nos significados que o Sr. J conferiu para a própria qualidade de vida, o problema que apresentava nas pernas causava-lhe dificuldades para deambular. O idoso demonstrou medo de ser submetido a uma intervenção cirúrgica, pois uma

falha nesse procedimento poderia piorar ainda mais a mobilidade de seus membros inferiores e, eventualmente, torná-lo dependente de outras pessoas para as tarefas cotidianas.

[...] qualidade de vida é eu ficando bom das minhas pernas é qualidade de vida, é ficar bom né?! [...] eu tenho medo de operar e ter que ficar aleijado em uma cadeira de rodas, isso é o meu medo! [...] Quem é que vai cuidar de mim, é isso meu medo! [...] (Sr. J)

A pergunta chave que o próprio entrevistado deixa explícito é: “Quem vai cuidar de mim!” A priori, para ele a família teria a função de oferecer suporte e cuidados face as dificuldades e crises. Na abordagem, Sarti (2002) descreveu que os laços de parentesco se constituem na forma de relações mútuas nas quais dar, receber e retribuir são indispensáveis. Essa mesma autora descreveu ainda, que tais relações nem sempre ocorrem com parentes de sangue.

Para Rodrigues e Rauth (2002), devido aos variados estilos de vida, é difícil definir família atualmente, mas ela continua a ser o núcleo primário, que promove o suporte emocional e psicossocial, tanto para os idosos como para as crianças e adultos. Os idosos esperam e acreditam que os membros de suas redes sociais estarão disponíveis para lhes oferecerem apoios diversos, sempre que se fizerem necessários, independentemente dessa disponibilidade existir de fato (Erbolato, 2002). Também, segundo o mesmo autor, nessa época da vida, os papéis de irmãos, se não houver falecimento, são preservados. Esses laços, que podem ser enfraquecidos no início da vida adulta e na meia idade, quando a pessoa direciona seu foco para a carreira profissional e a criação dos filhos, podem ser renovados na velhice. Isto evidencia a importância da família como fonte de suporte e apoio para os idosos.

Realização das atividades da vida cotidiana

A independência para realização das atividades da vida cotidiana foi um atributo valorizado pelos idosos entrevistados:

A pior coisa é depender dos outros e ter que ficar em uma cadeira de rodas, pedindo eu quero ir no banheiro, esperar, daí você vai no banheiro e, eu quero tomar banho! E aí, dá banho na pessoa, isso que é o triste [...] quando você cai na rua e fica sem ninguém, você fica sem ninguém! Quando você

cai da linha assim filho, você fica sem tomar banho, não dá para pegar um ônibus, não dá para pegar um metrô! E se não dá nem para sair do encosto, daí você já está dependente! [...] (sr. J)

A esperança de vida ativa e a qualidade na velhice são ameaçadas quando a saúde é prejudicada a ponto de provocar a perda da independência nas atividades cotidianas (Hyflick, 1996). As situações que ocasionam incapacidades fazem com que o idoso perceba a dependência como excessiva e se sinta, muitas vezes, incomodado, triste e insatisfeito com a saúde.

No Brasil, estudo com idosos residentes na comunidade indicou a valorização de atributos como saúde, relacionamentos familiares, atividades sociais, autonomia, desempenho cognitivo e funcional preservados. A valorização desses elementos variou em função do nível de independência e saúde dos idosos pesquisados (Chachamovich e col., 2007).

Salienta-se a relevância da discussão sobre a dependência física do idoso, pois ela pode ser vista como um processo dinâmico. Sua evolução pode modificar-se e a perda de mobilidade pode até mesmo ser prevenida se houver ambiente e assistência adequados. No entanto, a solução do problema representado pelo envelhecimento com dependência inclui o delineamento de políticas públicas direcionadas a todos os setores da sociedade e o estabelecimento de programas que atendam aos idosos independentes e semidependentes a fim maximizar o desempenho funcional e postergar ao máximo o período de perda da capacidade funcional. Esse tema poderia ser contemplado nos programas de prevenção e promoção da saúde. (Caldas, 2003; OMS, 2005). Neste sentido, deve-se lembrar da importância de dar-se vida aos dias e não apenas dias de vida.

Capacidade para o trabalho

Na narrativa do Sr. A, o trabalho aparece como um elemento importante para a sua qualidade de vida, possivelmente relacionado à dignidade e ao senso de produtividade. O entrevistado relata ter trabalhado em indústrias automobilísticas de destaque e que, às vezes, a vizinhança lhe chamava de doutor pelo status que na época os trabalhadores deste setor possuíam. O Sr. A. referiu ter trabalhado na General Motors, Mercedes Benz, Ford, Caio e Pullman,

ocupando cargos de pintor e outras atividades que envolviam a produção e acabamento de veículos. As jornadas de trabalho eram extensas, mas relatadas com satisfação e entusiasmo pelo idoso. Na citação também foi possível perceber que, mesmo nas condições de vulnerabilidade social o sr. A tentava ser produtivo se engajando nas tarefas institucionais do albergue e auxiliando nos serviços que eram oferecidos.

Agora em relação a esses idosos que estão aqui [se refere à instituição] você sabe que se você chegar para eles e falar eu vou te dar um trabalho para você, você vai ficar em uma mesa atendendo telefone! Ele fica atendendo telefone, atende recados, ele vai querer produzir ainda [...] E tem uma coisa também, isso aí tem que ser feito, pela nossa saúde porque quando a gente chega no canto assim, ó? [com expressão de preguiça, letargia] Parece que o cara morre mais rápido! [...] Procurar trabalhar, fazer qualquer coisa que seja, ainda vou voltar a trabalhar! [...] não importa a minha idade, eu estou com 63 e tem outros aí que estão com 80, 70 e poucos e estão trabalhando, e aí? [...] Então, eu me apego a essas pessoas, eu me agarro a essas pessoas aí! (Sr. A)

Que nem agora, esses dias eu fui procurar emprego por aí, cheguei e o cara falou, quantos anos o senhor tem? [...] eu não posso empregar o senhor aqui não porque o senhor já é um idoso! Eu virei e falei assim para ele, por quê? Ele falou assim, não, o senhor já está na idade que o senhor tem que descansar. Eu virei e falei: - rapaz eu já estou cansado de estar descansando, eu quero trabalhar! (Sr. A)

Como meta para o futuro o Sr. A pretendia trabalhar. Segundo seu discurso a velhice não é uma etapa do ciclo de vida que possui só perdas, mas uma fase que admite ganhos, que pode ser vivida com satisfação e ainda com probabilidades de execução de projetos de vida e planos que não foram realizados em fases anteriores do curso de vida (Lima e col., 2008).

É nesse sentido que a atividade ganha contornos interessantes na proposição de intervenções para a população idosa, em particular aquela que já vivenciou situação de rua. Na narrativa tal concepção aparece como um manifesto, enfatizando a

necessidade de rever o papel do idoso na sociedade e as atitudes que possuem consigo mesmo, ampliando as possibilidades de engajamento, auto-estima e inserção social.

Segundo Patrocínio e Gohn (2006) a sociedade está imbricada no mundo do trabalho. Com isso, considera dignas as pessoas produtivas e ativas. Embora, a aposentadoria seja um evento que estabelece o término de uma época de trabalho, muitos idosos não conseguem esse direito e/ou necessitam trabalhar para complementar a renda. Por essa razão as autoras propuseram o estabelecimento de programas, políticas e cooperativas populares que garantam a inserção desses idosos no mundo do trabalho, de forma que possam manter a autonomia e garantir formas dignas de sobrevivência em face das situações de vulnerabilidade social.

Ambiente

Com relação ao pilar ambiente, apenas uma categoria foi identificada: segurança física e proteção. Nessa categoria existiu uma avaliação positiva referente à existência da instituição na qual os participantes estão vivendo.

Segurança física e proteção

O Sr. A valorizou a casa de acolhida como uma possibilidade de favorecer a saída das ruas, destacando-a como condição necessária e favorável para atenuar as situações de desamparo que as ruas proporcionam tanto pela violência quanto pela bebida alcoólica:

Olha a minha qualidade de vida nesse exato momento aqui agora. Estou amparado, cuidado por médicos, com medicamentos e no meio de amigos! Completamente diferente do que era dormir e estar no calçadão no meio da rua! Desamparado de tudo e de todos e correndo perigo de todos os lados [...] O que detona a mente do camarada! Detona a mente do camarada porque ele vê, olha, um mundo em que muitas vezes o cara está com um pedaço de cano do lado, muitas vezes, ele está com uma faca... Às vezes ele está com uma pedra e cheio de álcool que às vezes ele pode dar na cabeça do cara! [...] Tem que pôr num centro isso aí, isso aqui é um centro de reabilitação de idosos (Sr. A)

Eu falei já que eu estou humilhado mesmo, que estou nesta situação mesmo, não tem uma outra forma daí, porque eu ia ter uma ajuda e de fato eu tive essa ajuda que eu estou tendo aqui agora [se refere ao albergue]. Você é tratado com amor, com carinho, com respeito, com educação, não é verdade mesmo? Agora eu quero ir embora daqui, você compreende como é que é?! Porque eu vim aqui como uma missão, é o meu direito de cidadania, não é verdade mesmo? Cuidar da minha doença [tuberculose](Sr. A)

Na mesma direção em que o Sr. A, um dos atributos que o Sr. J valorizou ao citar que está com boa qualidade de vida foi a possibilidade de estar na instituição e de poder usufruir dos serviços oferecidos, como comida e roupas limpas:

Com boa qualidade, graças a Deus! Eu estou aqui em casa, estou comendo, estou bebendo, estou tomando banho! Roupa trocada toda a semana, certo? (Sr. J)

Estas falas confirmaram a necessidade de políticas públicas que forneçam proteção e segurança à população que se encontra em condições de vulnerabilidade.

De acordo com Ploeg e colaboradores (2008), os serviços de acolhimento aos idosos em situação de rua constituem uma importante ferramenta para promover o bem-estar e a minimização das situações de risco que o cotidiano das ruas envolve. Para os autores, esses serviços podem ser otimizados se abordarem temas que incluem a autonomia e a re-inserção do idoso na sociedade.

Aspectos Psicológicos

O terceiro pilar, aspectos psicológicos, foi composto pelas categorias valorização da autonomia, imagem corporal e aparência, atividade sexual e intimidade e perspectivas de vida.

Valorização da Autonomia

A autonomia é sempre almejada no decorrer da vida, principalmente na velhice, mas pode ser prejudicada devido a circunstâncias desfavoráveis decorrentes de condições físicas ou mentais. Dessa forma, a liberdade de ir e vir foi citada pelo Sr. J:

Às vezes você quer sair e pode sair... Aqui [a instigação] não é uma prisão, aqui é algo pra se curtir, assim como se fosse a sua casa! Como assim hoje estou conversando com você, daí eu decido sair e que hoje não venho embora, tudo bem! (Sr. J)

A autonomia do indivíduo abrange a sua liberdade de escolha de ação, a sua privacidade, a busca da satisfação de suas necessidades e o autocontrole sobre a vida. (Gomes e Diogo, 2004). O depoimento mostrou a existência de pessoa que enfatiza a importância da sua autonomia, que possui consciência de sua decisão e ainda preza o direito de sua liberdade.

Imagem corporal e aparência

A autoimagem também foi lembrada como sendo um fator marcante na identidade dos entrevistados, conforme o relato do Sr. A2:

Na rua, quanto mais sujo é melhor, teve dias que eu ficava... Teve uma vez que eu passei numa loja de espelhos, lá na Brigadeiro, que vende espelhos né, todo tipo de espelhos, e pela porta eu olhei e falei: -Não é possível desse aí ser eu, admirei, sujo, cabeludo, admirei. Falei, aquele cara sou eu? (A2)

Segundo o sr. A2, impressiona o homem sujo, barbudo, com cabelos grandes e feios. Esse fragmento remete a um conto de Frenk-Westhein em que uma senhora, de repente, se olha no espelho e descobre diante de si uma mulher envelhecida. Ao vê-la, a senhora se pergunta se seria a sua mãe, um fantasma ou se seria uma moradora antiga da casa. Para o espanto a imagem refletida era a dela mesmo. Ao perceber tal autoimagem a mulher esconde todos os espelhos da casa e aos poucos começa a entrar em contato consigo mesma, percebendo que o tempo havia mudado a aparência, mas que havia lhe fornecido aprendizados preciosos. Dessa forma, os espelhos gradativamente são descobertos e a mulher se acostuma com a senhora refletida por eles .

Da mesma forma, o espelho fornece ao Sr. A2 o contato direto com a realidade, refletindo a imagem de um homem diferente do que imaginava. O reconhecimento do seu aspecto físico foi impressionante para o sr. A2, fazendo com que ele procurasse ajuda para reverter aquela imagem que lhe causou tanto espanto, como está descrito a seguir:

Humilhado, né?! Pensei, como é que pode uma pessoa cair igual a eu, assim, né... Sendo que uma pessoa pode melhorar. Daí eu fui nessa igreja, lá na Achiropita, que lá é a igreja que tem lá... Que lá eu tomei um banho e troquei a minha roupa. Tinha roupa boa na minha bolsa. Mas é a bebida, deita ali, deitava em qualquer lugar, não cortava o cabelo... (Sr. A2)

O etilismo também foi citado pelo Sr. A2 no discurso acima como sendo um fator predisponente para a transformação da aparência

Nessa abordagem, Campos (2005) ao pesquisar as representações sobre o alcoolismo em frequentadores de uma associação de Alcoólicos Anônimos, observou que o discurso de alguns participantes evidenciava que a imagem do indivíduo “dependente do álcool” contestava a imagem do “homem responsável”, que assumia o autocuidado.

Atividade sexual e intimidade

A sexualidade mostrou-se uma dimensão importante para alguns entrevistados. Apesar disso, um deles enfatizou a desesperança do idoso em continuar sexualmente ativo:

[...] Ele não tem mais esperança de sair por aí e arrumar uma namorada, pegar a mulher e dar uns amassos [...] (Sr. A)

Com o aumento da longevidade da população brasileira a busca pela melhoria da qualidade de vida deve incluir a sexualidade entre os fatores que contribuem para um envelhecimento ativo.

Durante o processo de envelhecimento existem algumas mudanças significativas quanto à sexualidade. Apesar da diminuição da potência sexual, a sexualidade continua seguindo como uma necessidade humana básica também na velhice (Monteiro, 2002). A intimidade, afetividade e sexualidade são vitais e permanecem assim ao longo do envelhecimento.

Perspectivas de vida

De certa forma, alguns participantes, como o Sr. A, tentaram se autoafirmar como uma pessoa realizada que não possuía frustrações e nem inveja dos outros. A autoafirmação também ficou evidente nos trechos em que ele identificou a relação entre morar na rua e ter a perspectiva de sair da condição de vulnerabi-

lidade social em que se encontrava fazendo uso de mecanismos de enfrentamento internos e externos:

E muito ajudado eu fui até eu chegar até aqui, embora eu ainda saiba que têm muitas situações pela frente que eu preciso resolver, mas eu vou resolvendo uma a uma [...], sem nunca desanimar [...]. Se eu tiver vivo eu vou lutar por uma vida melhor, eu vou lutar pra me reabilitar, porque aqui, apesar do conforto eu tenho pessoas ao redor que me ajudam e, muitas vezes, compreendem a minha situação e me dizem, confia, confia em Deus, você vai ficar bom, você vai conseguir! (Sr. A)

Conforme depoimento, as situações adversas, quando não enfrentadas adequadamente, podem levar à ansiedade e à depressão que, na maioria das vezes, atuam como “trampolim” para o desencadeamento de doenças, incluídas aquelas do tipo crônico-degenerativas, que podem se constituir em fontes de estresse (Trentini e col., 2005).

A atuação com idosos, incluindo a escuta, a acolhida e a elaboração de projetos de vida, solicita um olhar analítico sobre os componentes envolvidos na vulnerabilidade, incluindo: as situações predisponentes (riscos e eventos adversos), as ameaças (sociais, econômicas, físicas) e as estratégias de enfrentamento mobilizadas pelo idoso (Schröder-Butterfill e Marianti, 2006; Hildon e col., 2010).

Relações Sociais e Econômicas

O quarto pilar, referente às relações sociais e econômicas, foi formado pelas categorias: relações familiares, atividades passadas, presentes e futuras e recursos financeiros.

Relações familiares

A família também surgiu como uma dimensão relevante na autopercepção de qualidade de vida. Na narrativa foi possível observar dimensões como rompimento dos vínculos e o distanciamento das famílias:

Eu tinha uma família, que vive aqui, não é vida, é muito sofrimento! Eu não, eu queria estar em casa agora, vamos supor, com meus filhos, vendo meus netos, brincando com meus netos, né?! (Sr. A2)

Nas últimas décadas, no Brasil, vem aumen-

tando o número de separações e divórcios, tanto entre casais mais antigos como entre cônjuges com pouco tempo de vida conjugal, por isso a frequência de idosos divorciados neste início de século será muito mais alta do que em qualquer outra geração precedente (Karsh, 2003). Talvez a solidão decorrente dessa mudança na estrutura familiar propicie um repensar sobre a importância de encontrar estratégias que fortaleçam a união entre os casais ou ainda, a formação de outros laços de amizade, propiciando assim uma velhice mais amparada no seio familiar e social.

Se por um lado a família constitui uma fonte de cuidados e amparo na velhice, por outro estabelece um espaço de conflitos e disputa pelo poder (Debert, 1999; Qualls e Zarit, 2009). Por esses motivos algumas famílias não possuem estrutura para prover os cuidados e ou amparar o idoso que passa por dificuldades sociais, emocionais e físicas, fatores que podem desencadear a fragilidade e o rompimento dos vínculos familiares.

No âmbito dos idosos em situação de rua, o rompimento dos vínculos familiares foi motivado pelas situações de pobreza, alcoolismo e conflitos, desencadeando, por fim, a ida para as ruas.

O resgate dos vínculos familiares exige, a priori, um trabalho terapêutico voltado à comunicação, à reflexão sobre as situações de abuso, violência e alcoolismo. O gerenciamento de conflitos e a reestruturação do sistema familiar deve permitir que novos papéis sociais possam ser construídos (Qualls e Zarit, 2009).

Constatando a fragilidade e a dependência dos idosos no cenário estudado, acredita-se que intervenções sociais e comunitárias também podem ser desenvolvidas com o objetivo de fortalecer vínculos e emancipar a pessoa idosa para que a mesma tenha vez e voz no seio da família. Nesse sentido, programas de transferência de renda e a ressignificação de histórias de vida são intervenções que podem otimizar, de forma gradativa, as relações familiares.

Atividades passadas, presentes e futuras

Dentre alguns aspectos relevantes relacionados à autoavaliação da qualidade de vida, alguns idosos, como o Sr. A2, citaram as suas próprias concepções sobre a velhice e o envelhecimento.

Eu acho que, é por causa de mim, me entreguei, dormi na rua. Eu acho que a velhice não é boa não. Porque um velho aí fora, não tem valor não! Pra certas pessoas não tem valor. É idoso que eles falam. Idoso... Mas esse negócio de idoso, é alguns que chama, mas é velho mesmo. Como o Paulo, apóstolo Paulo dizia: É o Paulo, o velho. Então a vida é cruel, a velhice não é boa não, quase ninguém respeita os velhos não. Não digo aqui, mas na rua. [...] a minha velhice é horrível. Até agora ainda aqui, porque eu não me preparei para a velhice. (Sr. A2)

Eu conheço um idoso na rua da Mooca, ele tem acho que 82 anos, olha ele tem firma, ele dirige carro, ele namora [...] (Sr. A)

[...] Mas a maior parte eles já não têm mais esperanças...

Há de se ensinar o idoso a pensar novamente! [...]

O espírito não envelhece, o espírito não morre [...] (Sr. A)

Para o Sr. A2, a velhice é depreciada e o velho em situação de rua é exposto a condições de desvalorização pessoal e social. Quando se referiu à própria velhice, foi possível identificar que o entrevistado se culpava pela sua velhice e por não ter se preparado para ela, expondo os aspectos negativos associados a esta fase da vida. No entanto, outro entrevistado, o Sr. A afirmou que a velhice pode ser uma etapa produtiva da vida. Foi enfático ao comentar sobre a vitalidade de um idoso de 82 anos devido ao fato de continuar produtivo, trabalhando e gerenciando a própria vida.

A responsabilidade individual com relação à velhice é um atributo aceito em nossa sociedade: os idosos são culpabilizados por não terem escolhido atitudes que favorecessem o bem-estar e a saúde na última etapa do ciclo de vida. Contudo, como mencionou Debert (1999), essa visão desconsidera que as escolhas são determinadas por contextos socioculturais e por oportunidades sociais e educacionais que os indivíduos tiveram ao longo do curso de vida.

Recursos financeiros

Os recursos financeiros também foram atrelados à qualidade de vida.

Qualidade de vida, para o Sr. A2 refere-se ao be-

nefício de aposentadoria, o que poderia lhe propiciar status ao se dirigir à cidade de origem, Lorena, interior do Estado de São Paulo. Na realidade, ele descarta voltar para a cidade de origem sem nenhuma fonte de renda, ou melhor, sem um meio para garantir a sua subsistência, pois isso poderia representar motivo de comentários entre conhecidos e amigos que frequentaram as mesmas escolas, atividades sociais e o exército. Dessa forma, a renda da aposentadoria aparece como forma de garantir o suprimento das necessidades básicas e ainda, garantir um meio de voltar para a cidade de origem com dignidade:

Eu vou dizer para você, se eu conseguir aposentar agora por invalidez, ir embora para minha cidade, que lá sou conhecido, lá então eu tenho vergonha de ir para lá. Saí de lá bem, bem de vida, razoável e agora eu vou voltar lá?! Porque no interior, pessoa de albergue é mendigo. Chama de mendigo. Eu não vou voltar lá. Aí colegas que estudou comigo, que jogou bola comigo, que serviu exército comigo, vão me ver, catando lixo? Então eu não volto! Agora, eu quero voltar lá, aposentado, aí sim, daí eu vou trabalhar, por exemplo, pescar peixe... Que a vida no interior é mais barata do que aqui (Sr. A2)

[...] Ver se eu pego a minha aposentadoria, o benefício! Ôôhh, compreende como é que é? (Sr. A)

Na realidade brasileira, a chegada da velhice é um marco para a presença da aposentadoria. Esse fato culmina, na maioria das vezes, em perdas financeiras, materiais e dificuldade de aquisição de bens (Neri, 2007). Nesta abordagem, o entrevistado avaliou que a emancipação financeira é uma condição relevante para se estabilizar e sair da atual casa de apoio.

Apesar da aposentadoria um dos participantes ainda manifesta a necessidade de desenvolver alguma atividade lucrativa para sua manutenção de vida.

[...] Ahh, depois que eu operar e ficar bom eu vou trabalhar por conta né?! Mexer com refrigerante, tirar uma grana e levar a vida, não é?! (Sr. J)

Assis (2004) afirmou que o Brasil é um dos países que possui os mais baixos salários de aposentadorias, o que contribui para o sentimento de baixa autoestima e desqualificação profissional.

Considerações Finais

Este estudo foi o pioneiro a investigar a qualidade de vida entre os idosos moradores de rua do município de São Paulo. As dimensões que foram valorizadas pelos entrevistados incluíram os serviços oferecidos pela instituição; o trabalho; a saúde, a autonomia e a independência; a família; o engajamento com a vida e a participação social, e os projetos de vida. É possível que esses atributos tenham sido supervalorizados em função da situação de vulnerabilidade social dos idosos pesquisados, que almejam melhorar as condições de vida, garantir os requisitos básicos relacionados à sobrevivência e evitar as situações de risco presentes para quem mora nas ruas (Schröder-Butterfill e Marianti, 2006).

Vale ressaltar que a assistência social prestada no local do estudo é considerada referência no atendimento de idosos em situação de rua, oferecendo-lhes acolhida e refeições em período integral. Esse tipo de serviço é diferente dos serviços de centros de acolhida convencionais, que ofertam alimentação e dormida por um intervalo determinado, com previsão de entrada e saída.

Deve se destacar que no Brasil e em particular no município de São Paulo, as iniciativas destinadas a moradores de rua ainda são incipientes, deixando a desejar no suprimento das necessidades dessa parcela da população, incluindo o engajamento em atividades produtivas, o resgate das relações familiares, o tratamento de saúde física e mental (principalmente nos casos de alcoolismo e consumo de drogas), a construção de projetos de vida e a aquisição de novos papéis sociais. Ações intersectoriais entre a assistência social e a assistência em saúde se fazem necessárias para suprir as necessidades desse segmento. Para isso, ações devem ser desenvolvidas no âmbito da prevenção (primária e secundária) e promoção da saúde, estabelecendo uma linguagem compatível com as expectativas e anseios dos atendidos.

Nesse sentido, Garibaldi e colaboradores (2005) mencionaram que serviços oferecidos por albergues e instituições que atendem os moradores de rua poderiam incluir equipes multidisciplinares, atendendo os casos de abuso de substâncias (álcool, drogas

ilícitas) e incluindo serviços que favoreçam o acesso aos benefícios assistenciais. Essas medidas promoveriam a emancipação financeira, a requalificação e inserção profissional e o exercício da autonomia; e ao mesmo tempo poderiam ser facilitadoras para o fortalecimento dos relacionamentos familiares e engajamento desses indivíduos em programas educacionais e formação profissional (Ploeg e col., 2008). Os dados advindos desta pesquisa são contribuições iniciais para compreender a qualidade de vida de pessoas idosas em vulnerabilidade social. Os apontamentos feitos nesse estudo não se diferem do envelhecimento da maior parte de idosos em situação de desvantagem social.

Alguns idosos, mesmo expostos a situações de pobreza, perdas familiares e doenças conseguem manejar essas situações por dispor de recursos pessoais e familiares que os tornam menos suscetíveis a desfechos desfavoráveis de vida e saúde. Intervir nas situações de vulnerabilidade na velhice requer um enfoque multifatorial, que vai desde recursos pessoais, programas de geração de renda, auxílios sociais até a disponibilidade de programas e serviços sociais e de saúde. Para isso, são necessárias políticas públicas que garantam a defesa de direitos e o acesso a bens e serviços, transformando as situações de vulnerabilidade em respostas sociais qualificadas que desmistifiquem os estereótipos existentes com relação à velhice, como por exemplo: 1) que a velhice está diretamente associada à doença; 2) que o envelhecimento é um processo homogêneo; 3) que os idosos são sujeitos passivos das intervenções e não têm nada a contribuir para modificar o curso da trajetória pessoal e coletiva, pois já estão no final de suas vidas (Silva e col., 2010).

No que se refere aos moradores de rua e, principalmente, no contexto dos idosos moradores de rua, salienta-se a necessidade de ações que reduzam os estigmas em torno dessa população e ao mesmo tempo, identificar quais processos transformaram este segmento social em um problema, marcando uma questão social que precisa ser acompanhada pelos governantes, profissionais da saúde e sociedade civil, merecendo a formulação e implementação de políticas pública viáveis.

Referências

- ASSIS, M. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Org.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 11-21.
- CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 773-781, 2003.
- CAMPOS, E. A. Representações sobre o contágio e a doença de ex-bebedores. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 267-278, 2005.
- CHACHAMOVICH, E. *Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-Old e teste do desempenho do instrumento WHOQOL-Bref em uma amostra de idosos brasileiros*. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas: Psiquiatria) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida em idosos: conceituação e investigação. In: NERI, A. L. (Org.). *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Alínea, 2007. p. 61-82.
- DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice: sociabilização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EdUSP, 1999.
- ERBOLATO, R. M. P. L. Relações sociais na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 956-964.
- FLECK, M. P. A.; CHACHAMOVICH, E.; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 5, p. 785-791, 2006.
- FIPE - FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. *Censo dos moradores de rua*. São Paulo, 2010.
- GARIBALDI, B.; CONDE-MARTEL, A.; O'TOOLE, T. P. Self-reported comorbidities, perceived needs, and resources for usual care for older and younger homeless adults. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 20, n. 8, p. 726-730, 2005.
- GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.759-771, 2003.
- GOMES, G. C.; DIOGO, M. J. D'E. Função motora, capacidade funcional e sua avaliação em idosos. In: DIOGO, M. J. D'E.; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (Org.). *Saúde e qualidade de vida na velhice*. Campinas: Alínea, 2004. p. 107-132.
- HAHN, J. A. et al. Brief report: the aging of the homeless population: fourteen-year trends in San Francisco. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 21, n. 7, p. 775-778, 2006.
- HILDON, Z. et al. Examining resilience of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *Gerontologist*, Oxford, v. 50, n. 1, p. 36-47, 2010.
- HYFLICK, L. H. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.
- KARSH, U. M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-863, 2003.
- LIMA, A. M. M.; SILVA, H. S.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e suas novas fronteiras. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 12, n. 27, p. 795-807, 2008.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MONTEIRO, D. M. R. Afetividade, intimidade e sexualidade no envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 943-949.
- NERI, M. C. Renda, consumo e aposentadoria: evidências, atitudes e percepções. In: NERI, A. L. (Org.). *Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2007. p. 91-107.

- OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF, 2005.
- PASCHOAL, S. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 79-84.
- PATROCÍNIO, W. P.; GOHN, M. G. M. Reinserção de idosos no mundo da vida e no mundo do trabalho: algumas possibilidades. In: GUSMÃO, N. M. M.; VON SIMSON, O. R. M. *Velhice e diferenças na vida contemporânea*. Campinas: Alínea, 2006. p. 51-73.
- PLOEG, J. et al. A case study of a Canadian homelessness intervention programme for elderly people. *Health and Social Care in the Community*, Oxford, v. 16, n. 6, p. 593-605, 2008.
- QUALLS, S. H.; ZARIT, S. H. (Ed.). *Aging families and caregiving*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2009.
- RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 107-110.
- ROSA, A. S.; 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*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 576-582, 2005.
- SARTI, C. A. Família e individualidade: um problema moderno. In: CARVALHO, M. C. B. (Ed.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC: Cortez, 2002. p. 39-49.
- SCHRÖDER-BUTTERFILL, E.; MARIANTI, R. A framework for understanding old-age vulnerabilities. *Ageing e Society*, Cambridge, v. 26, n. 1, p. 9-36, 2006.
- SILVA, H. S.; LIMA, A. M. M.; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido e vulnerabilidade em saúde: aproximações e perspectivas. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 14, n. 35, p. 867-877, 2010.
- SIQUEIRA, M. E. C. Teorias sociológicas do envelhecimento. In: FREITAS, E. V. et al. (Ed.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 47-57.
- TRENTINI, M. et al. Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 38-45, 2005.
- WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, New York, v. 41, n.10, p. 1403-1409, 1995.

Recebido em: 24/08/2011

Reapresentado em: 09/09/2012

Aprovado em: 23/10/2012