

# Velhice e saúde mental: desafios interseccionais para pessoas em situação de rua

## *Old age and mental health: Intersectional challenges for people in street situation*

Kelly Maria Gomes Menezes\*  
Sílvio Rodrigo Alves Ferreira\*\*

### Resumo

Este artigo objetivou refletir sobre a vivência da velhice para pessoas que estão em situação de rua e como a saúde mental é vista nesse processo de envelhecimento. Como estratégias metodológicas, foi utilizada a pesquisa qualitativa em consonância às pesquisas de tipo bibliográfica, documental e de campo. As técnicas empregadas foram a observação e a entrevista aplicada a 2 (dois) sujeitos idosos em situação de rua, cujos relatos foram analisados com base na história oral. Através dos resultados, constatou-se que a saúde mental é uma política pública pouca acessada pelas pessoas que estão em situação de rua e que é imprescindível buscar novas estratégias de cuidado. Outro fator relevante percebido foi a ausência da intersectorialidade no cuidado à saúde para essa população. Por fim, observou-se que, para idosos entrevistados que se encontram nas ruas, existem diferenças perversas de se viver o envelhecimento, cujas consequências se dão em diversas dimensões de suas vidas, como: social, cultural, emocional, de saúde, entre outras. É, portanto, imperativa a necessidade de investimentos em políticas públicas para esta população, a fim de promover inclusão social e suas proteções pautadas em várias legislações vigentes.

**Palavras-chave:** Pessoas em Situação de Rua. Velhice. Saúde Mental.

### Abstract

This article aimed to reflect on the experience of old age for people who are homeless and how mental health is seen in this aging process. As methodological strategies, qualitative research was used in line with bibliographic, documentary and field research. The techniques employed were observation and interview applied to 2 (two) old subjects on the street, whose reports were analyzed based on oral history. Through the results, it was found that mental health is a public policy little accessed by people who are on the street and that it is essential to seek new care strategies. Another relevant factor perceived was the absence of intersectorality in health care for this population. Finally, it was observed that, for old subjects who are on the streets, there are perverse differences in experiencing aging, the consequences of which are given in different dimensions of their lives, such as: social, cultural, emotional, health, among others. Therefore, it is imperative to invest in public policies for this population, in order to promote social inclusion and its protections based on several current laws.

**Keywords:** Street People. Old Age. Mental Health.

---

\* Doutora em Educação pela Universidade Federal do Ceará; Professora da Faculdade de Educação (FACED) na Universidade Federal do Ceará; Email: [kelly.menezes@ufc.br](mailto:kelly.menezes@ufc.br)

\*\* Especialista em Saúde Mental Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará (RIS-ESP-CE), Mestrando em Sociologia pela Universidade Estadual do Ceará; Email: [rodrigoalvess@live.com](mailto:rodrigoalvess@live.com)

## Introdução

O presente artigo visa apresentar um estudo que consistiu em compreender a vivência da velhice através de idosos que vivem em situação de rua e como a saúde mental é vista nesse processo de envelhecimento. Neste trabalho, o conceito de velhice compreende a faixa etária a partir de 60 anos, uma vez que a dimensão cronológica é um aspecto importante para elucidar esse segmento, mas pondera-se que os fatores sociais e culturais têm valor indispensável na contribuição da caracterização dos papéis e significados de envelhecer. Assim, além da idade, é necessário compreender a realidade regional, territorial, cultural e de distribuição de renda – bem como as várias dimensões que perpassam a velhice e o envelhecimento, tais como: sociais, biológicas e psicológicas – para consolidar um amplo conceito sobre envelhecimento (MENEZES, 2017).

Na velhice, o conceito de saúde vai muito além do cuidado de condições crônicas. Ele resulta da interação entre a condição de saúde física e mental da pessoa idosa, também de sua independência funcional e financeira, bem como sua relação com a comunidade e seus familiares (PASCHOAL, 2011).

Segundo Lebrão (2007), o fenômeno do envelhecimento alcançará em 2050 o número de dois milhões de pessoas no mundo. Dessa maneira, será a primeira vez na história que haverá mais pessoas maiores de 60 anos que menores de 15. Conforme a publicação de 2016 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil vem vivenciado a tendência de envelhecimento demográfico, isto em decorrência do aumento do percentual dos idosos na população brasileira e a diminuição dos demais grupos etários. Segundo a publicação, a partir do ano de 2010, o indicador da proporção de idosos no país começou a se aproximar dos dados projetados em países desenvolvidos. Estima-se que no ano de 2070, a dimensão da população idosa brasileira – acima de 35% - apresente-se como superior ao indicador dos países desenvolvidos.

Ao interseccionar o aumento do número de pessoas idosas com situações de vulnerabilidade social, como fome, desemprego, doenças etc., evidencia-se um cenário perverso de múltiplas formas de expressão da questão social (CASTEL, 1998). Uma dessas exclusões presente nos grandes centros urbanos é a população em situação de rua.

Em 2016, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) divulgou o Relatório “Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil”, o qual evidencia que os dados do Cadastro Único para Programas Sociais do governo federal contêm 48.351 pessoas em situação de rua, porém estima-se que existam 101.854 pessoas em situação de rua no Brasil. Em outras palavras, o número de pessoas em situação de rua é significativamente superior àquele de beneficiados em programas sociais.

Ainda de acordo com o Relatório (2016), estima-se que, das 101.854 pessoas em situação de rua, dois quintos (40,1%) habitam em municípios com mais de 900 mil habitantes e mais de três quartos (77,02%) habitam em municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes. Por sua vez, avalia-se que nos 3.919 municípios com até 10 mil habitantes habitem 6.757 pessoas em situação de rua, 6,63% do total. Ou seja, a população em situação de rua se concentra fortemente em municípios maiores.

Em Fortaleza, segundo a Secretaria de Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome (STDS), existe um quantitativo de 1.718 pessoas em situação de rua,

espalhadas por diferentes bairros, embora com maior concentração na Avenida Beira Mar e Centro. O referido Censo (2014) ainda aponta que 79,8% dessas pessoas afirmaram fazer uso de substâncias psicoativas. Conflitos familiares e uso de drogas foram destacados como principais questões relacionadas a estarem vivendo em situação de rua, respectivamente 48,1% e 26,2%.

Compreendendo o cuidado para com esta população, faz-se necessário perceber e entender que a população em situação de rua está inserida em um contexto social, econômico e cultural permeado por conflitos, desigualdades sociais, que são advindas do modo como o sistema capitalista é estruturado e organizado. Nesse contexto, as desigualdades sociais são fruto desse processo de produção e reprodução do sistema capitalista. Mota (2011) afirma que a desigualdade social faz parte do sistema capitalista, fazendo com que toda sua produção, venda e troca da força de trabalho, seja voltada totalmente para a sua sobrevivência, ou seja, a sociedade busca diversas maneiras e estratégias para sobreviver à exploração do capitalismo.

Tendo compreendido o contexto em que se encontram os dados sobre envelhecimento e sobre as pessoas vivendo em situação de rua, também será apresentado neste estudo a vivência dos entrevistados na tentativa de observar o seu conhecimento e cuidado com sua saúde mental. Desde o final da década de 1970, a sociedade brasileira vem seguindo o Movimento de Reforma Psiquiátrica, defendendo um novo modelo de atenção, cuidado e de organizações das práticas de saúde.

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos quanto a grupos populacionais. Aceita que as pessoas apreendam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (BRASIL, 2005a). Os serviços de saúde mental, que desempenham um papel crucial no envelhecimento ativo, deveriam ser uma parte integral na assistência a longo prazo. Deve-se dar uma atenção especial aos subdiagnósticos de doença mental (especialmente depressão) e às taxas de suicídio entre os idosos (OMS, 2001).

Diante do cenário apresentado, este artigo abordará questões atuais sobre envelhecimento e saúde mental de idosos que vivem em situação de rua no município de Fortaleza, no Estado do Ceará. Para isso, está organizado em cinco tópicos com os seguintes títulos: “Introdução”, “O ponto de partida: motivações para a realização da pesquisa e percurso metodológico”, “Compreendendo a saúde mental e o acesso a serviços sob o olhar de idosos que vivem em situação de rua na Praça do Ferreira”, “Contextualizado a velhice e o envelhecimento das pessoas que vivem em situação de rua e seus direitos específicos” e “Considerações finais”.

## **2 O ponto de partida: motivações para a realização da pesquisa e percurso metodológico**

A investigação realizada foi fundamentada em uma pesquisa qualitativa que, conforme Turato (2005), é aquela que trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Para consolidar este artigo e para me aproximar do objeto que havia delimitado, busquei uma maior aproximação do fenômeno a ser estudado através de pesquisas

bibliográfica e documental (GIL, 2008). Sobre a pesquisa de campo, a investigação foi realizada com dois idosos que frequentam a Praça do Ferreira, no mesmo local onde o projeto Residência na Rua acontecia.

O desejo de pesquisar o processo de envelhecer em meio à situação de rua nasceu de uma vivência de estágio eletivo durante a Residência Multiprofissional em Serviço Social, em parceria com a Secretaria da Cultura do Estado do Ceará (SECULT), onde foi desenvolvido o Projeto “Residência na Rua: Arte, Cultura e Saúde”, que teve como objetivo promover ações de saúde mental e cidadania para as pessoas em situação de rua, especificamente com a população da Praça do Ferreira, por meio de práticas artísticas enquanto estratégias de Redução de Danos<sup>1</sup>.

Durante a execução desse Projeto de Residência na rua, foi identificada a presença de idosos que vivem em situação de rua na Praça do Ferreira e foi a partir dessa vivência que fui instigado a entender os seus cotidianos no território. Grandes foram os sentimentos, ações, marcas e trocas de afeto que despertaram nessa construção de formação humana.

Para coletar as informações, lancei mão da observação direta, técnica de pesquisa que utiliza os sentidos para compreender determinados aspectos da realidade (MARCONI; LAKATOS, 1990). Já a entrevista foi realizada na perspectiva de Thompson (1992), com auxílio de um roteiro de perguntas e cujas regras para se ter sucesso levam em consideração: interesse e respeito pelos pesquisados, flexibilidade, esclarecimentos do que se pretende pesquisar e percepção atenta sobre o momento de parar. As entrevistas foram gravadas – com a devida autorização dos interlocutores – e posteriormente foram transcritas, sendo sua interpretação e análise trabalhadas de acordo com o objeto de pesquisa.

O roteiro de entrevista foi estruturado por meio de perguntas estratégicas para que os interlocutores pudessem compreender o sentido da pesquisa e para que os dados coletados pudessem dar conta da compreensão de como eles visualizam e vivem o envelhecimento, fazendo uma intersecção com as estratégias do cuidado em saúde mental, possibilitando suas percepções a partir da configuração territorial, visto que os mesmos vivem em situação de rua.

Realizei a pesquisa com os interlocutores na Praça do Ferreira, no mesmo local onde o projeto Residência na Rua acontecia. Um dos desafios encontrados foi que no dia em que fui realizar as entrevistas, o projeto já havia finalizado e assim dificultou o encontro para a coleta dos dados, visto que as pessoas que vivem em situação de rua costumam ocupar diversos espaços. Mesmo assim, depois de horas procurando os sujeitos, consegui realizar duas entrevistas. Os critérios de escolha para a participação da pesquisa foram: possuir mais de 60 anos, viver em situação de rua e aceitar realizar as entrevistas.

O primeiro contato com os sujeitos protagonistas aconteceu através de um convite quando eu ainda fazia parte do projeto Residência na Rua e neste mesmo dia firmamos uma articulação para a realização da pesquisa. As entrevistas foram gravadas, com suas autorizações e, para isso, eles assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o projeto de pesquisa passou por análise do Comitê de Ética da Escola de Saúde

---

<sup>1</sup>Segundo o Guia de Saúde Mental de Atendimento e Intervenção com Usuários de Álcool e outras Drogas, a Redução de Danos (RD) é uma estratégia para aumentar a qualidade de vida das pessoas e está fortemente alicerçada no estabelecimento de vínculo de confiança e empatia entre profissionais da equipe de saúde e o usuário. A prática de RD é construída conjuntamente – não é imposta pelos profissionais de saúde – e visa à diminuição de malefícios à saúde relacionados aos hábitos de vida dos sujeitos.

Pública do Ceará, através da Plataforma Brasil, obtendo aprovação com o Parecer nº 2.316.876.

Na realização das entrevistas com os idosos investigou-se a compreensão do envelhecimento e sua relação com o fato de viverem em situação de rua, buscou-se através das entrevistas desvelar o conhecimento sobre os direitos garantidos na Política Nacional do Idoso e no Estatuto do Idoso, com a pretensão de entender de que forma os idosos compreendem a política pública de saúde mental e quais estratégias de cuidado eram utilizados por eles.

Para melhor compreender as falas e seus cotidianos, utilizei o diário de campo para enriquecer a pesquisa, conforme endossam Lewgoy e Arruda (2004, p. 123 - 124):

[...] O diário de campo consiste em um instrumento capaz de possibilitar o exercício acadêmico na busca da identidade profissional à medida que através de aproximações sucessivas e críticas, pode-se realizar uma reflexão da ação profissional cotidiana, revendo seus limites e desafios. É um documento que apresenta um caráter descritivo – analítico, investigativo e de sínteses cada vez mais provisórias e reflexivas. O diário consiste em uma fonte inesgotável de construção e reconstrução do conhecimento profissional e do agir de registros quantitativos e qualitativos [...].

A pesquisa foi realizada com a contribuição de dois interlocutores. O entrevistado 1 tem 77 anos, solteiro, trabalha como profissional autônomo exercendo a profissão de engraxate e tinha vínculos familiares fragilizados. O entrevistado 2 tem 63 anos, encontra-se desempregado e tem vínculos familiares fragilizados.

Para a análise dos dados, recorri à história oral, cujo objetivo é a compreensão de acontecimentos históricos por meio das próprias pessoas que os vivenciaram ou testemunharam. Esse método, portanto, é adequado para captar as diversas maneiras como cada um desses indivíduos apreenderam e interpretaram os acontecimentos, e parte do pressuposto de que a realidade é uma construção social (ALBERTI, 1990).

Nesse sentido, a análise de dados realizado nesta pesquisa foram perpassadas pelo olhar, ouvir e escrever, foi a partir desses elementos que busquei interpretar e compreender os significados e vivências apresentados pelo idosos. Dito isso, procurei ler e reler as falas dos entrevistados tentando observar respostas e significados atribuídos ao fenômeno investigado, confrontando-os com as categorias que embasaram a pesquisa. A discussão e os resultados da análise empreendida estarão dispostos ao longo do texto que segue.

### **3 Compreendendo a saúde mental e o acesso a serviços sob o olhar de idosos que vivem em situação de rua na Praça do Ferreira**

Segundo Rosa (2011), contextualizar a assistência psiquiátrica no Brasil é imprescindível para se compreender a conjuntura em que o País se encontrava, no campo político, social e econômico. Entender esse processo remonta um período da história em que a

assistência psiquiátrica hospiciocêntrica ganhou formato no Brasil a partir de uma sociedade colonial, rural e escravocrata:

A institucionalização do hospício, no Brasil, antecede à própria emergência da psiquiatria. Foram administradas a princípio pelas irmandades religiosas, e, principalmente, pelas Santas Casas de Misericórdia, primeiras instituições de saúde do país. As ordens religiosas mantinham a hegemonia dos serviços de saúde do Brasil Colônia desde 1543, quando foi criada em Santos (SP) a primeira Santa Casa do país, com a finalidade de atender os militares (ROSA, 2011, p. 86).

Nesse período, o cuidado em saúde mental ainda não ganhava a dimensão que hoje a reforma psiquiátrica nos fundamenta, pois, os “hospícios” eram abordados como questão de polícia que era considerada como uma desordem perante a sociedade. Passados alguns anos, e vários momentos de transformação, a saúde mental perpassou por diversos pensamentos e perspectivas, dentre os quais podemos citar a Liga Brasileira de Higiene Mental que tinha raízes eugenistas, moralistas, antiliberais e xenofóbicas (COSTA, 2007).

De acordo com Vasconcelos (2010), a história da loucura é relatada desde os primórdios da civilização, na qual a pessoa com transtornos mentais, durante muito tempo de suas vidas, sofria com a exclusão social, o estigma e o preconceito. Em 1978, houve a retomada dos movimentos sociais no Estado brasileiro, não deixando de se destacar o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, cuja atuação tem sua importância no “forte processo de questionamentos das políticas de assistência psiquiátrica vigentes na época” (VASCONCELOS, 2010, p. 22).

Desde o final da década de 1970, a sociedade brasileira vem seguindo o Movimento da Reforma Psiquiátrica, defendendo um novo modelo de atenção e cuidado e de organizações das práticas de saúde mental. Segundo Amarante (1995), a reforma psiquiátrica, ao longo de sua história, vem tocando novos rumos e direcionando propostas e estratégias inovadoras para este modelo, questionando as instituições psiquiátricas clássicas.

A Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história concreta, particular, baseada em mudanças e conquistas, que em sua estrutura luta pelo fim da violência institucional. Neste cenário, é expandida, fortalecida em um movimento político e social complexo, que é composto por diversos atores, instituições e forças de diferentes origens: universidades, mercado de serviços de saúde, conselhos profissionais, movimentos sociais etc. Ademais, é compreendida por um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais (BRASIL, 2005b).

A partir da luta e do reconhecimento desse movimento, alguns avanços foram conquistados e, com isso, vem ganhando forças de diversos movimentos sociais, mobilizando a sociedade civil e quebrando barreiras do conservadorismo. A desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação, por exemplo, passa a tornar-se política pública no Brasil a partir de 1990, e ganha uma visibilidade em 2002 pela série de conquistas e desafios materializada pelas normativas do Ministério da Saúde. Após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, é sancionada a Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001, que regulamenta e reconhece a Reforma Psiquiátrica. Nesse sentido, em 2002, foi aprovada a Portaria 336/02, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas acometidas por transtornos mentais e

redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2002), e cria normas e diretrizes para a organização dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e estabelecem distintas modalidades.

Nas entrevistas realizadas com os interlocutores da pesquisa, alguns relatos foram destacados sobre as suas compreensões acerca da saúde mental: “Não, de saúde não entendo nada!” (Entrevistado 1);

*Vixe, é difícil! Todo hospital de doido eu já fui e só tem de Messejana e aquele aqui ó, na Zé Bastos [Avenida José Bastos], tem mais não acabou-se! CAPS é só pra engomar o povo! Sabe o que é engomar? O cara fica esperando o doutor chegar [Médico Psiquiatra], aí escreve e faz o cara comprar um remédio lá [CAPS] (Entrevistado 2).*

Nesses depoimentos, as falas esclarecem que os sujeitos não têm muito entendimento sobre a política de saúde mental, mas tiveram acesso a ela. Porém, o segundo depoente relata, através de suas memórias, como a saúde mental era organizada antes da desinstitucionalização, onde os manicômios prevaleciam.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS possibilitam a organização de uma rede substantiva ao Hospital Psiquiátrico do País. Tais Centros têm como objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, ao lazer, ao exercício dos direitos civis e fortalecendo os laços familiares e comunitários.

Ao perguntar se eles conheciam os órgãos da Prefeitura de Fortaleza, dentre eles o CAPS, eles responderam: “Eu conheço todos, o que você me perguntar eu conheço. Conheço o CAPS, lá não dá nem chá, aquilo ali é pra quem é alcoólico e drogado. Eu moro lá!” (Entrevistado 2); “Só a Secretaria de Serviços Urbanos. Não conheço o CAPS, nunca fui lá. Só sei que existe (Entrevistado 1).

O primeiro depoente, em sua fala, esclarece que conhece todos os equipamentos da Prefeitura e faz observações de como acontecem os serviços ofertados pelo CAPS, na qual relata que o equipamento “não oferece nada, nem chá!”. Durante a entrevista, o entrevistado faz referência ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), e quando fala: “eu moro lá!”, demonstra que conhece a especificidade do equipamento, porém avalia o serviço negativamente.

Diante desses movimentos, de lutas e resistências, várias ações desencadearam um debate baseado em alguns direitos que ao longo da história foram sendo conquistados, ou seja, um novo rumo à política de saúde mental foi sendo pensado e construído coletivamente. Nesse movimento de luta, a saúde mental ganhou novas dimensões, diretrizes e posicionamentos em defesa dos direitos das pessoas que vivem com transtornos mentais. Nesse sentido, será abordado a seguir como acontece esse cuidado – acesso a direitos e serviços – e como vivem os usuários da Política de Saúde Mental que passam pelo fenômeno do envelhecimento estando em situação de rua.

## 4 Contextualizado a velhice e o envelhecimento das pessoas que vivem em situação de rua e seus direitos específicos

Segundo Neri (2008), discorrer sobre velhice é falar sobre tempo, história, memória e valores. Assim, é relevante às sociedades e aos grupos humanos valer-se da imagem dos idosos e da velhice para representar a continuidade e realçar a necessidade de preservar e transmitir valores culturais básicos. Mascaro (2004) destaca que a velhice é uma fase natural da vida, na qual vivenciamos todos esses ciclos, que é nascer, viver e morrer. Durante muito tempo, a velhice vinha sendo associada a doenças e partia de reflexões sobre higienização preventiva. Segundo Beauvoir (1990), é a partir do início do século XIX que os estudos sobre velhice se tornam mais intensos, precisos e sistemáticos.

Beauvoir (1990, p. 17) coloca, ainda, que “a velhice não é um fato estático; é o término e o prolongamento de um processo, processo este denominado de envelhecimento”. Mesmo nos dias atuais, o envelhecimento aparece associado a doenças e perdas, e é na maioria das vezes entendido apenas como um problema médico. A velhice começa a ser tratada como uma etapa de vida caracterizada pela decadência física e ausência de papéis sociais a partir da segunda metade do século XIX.

Quando perguntei o que os sujeitos participantes da pesquisa pensavam sobre velhice, suas percepções e sentimentos, tive como resultado concepções positivas e negativas de como se sentem: “Rapaz, é o seguinte, a velhice é a coisa que Deus me deu, é a coisa *mió* do mundo. Eu cheguei a essa idade!” (Entrevistado 2);

A velhice é ruim, a velhice é boa para quem é milionário, *pra* quem é pobre é péssimo. O velho, pobre, só *vevi* aperreado, só que trás *pra* ele [velho] é doença e sem condições de se tratar. Velhice é só ruindade, só é boa se você for rico, milionário. Velhice *pra* pobre, não presta, a velhice só trás o que é ruim tudo o que se *adiquere* no tempo de novo é guardado *pra* velhice. A velhice trás: reumatismo, dor na coluna, dor de cabeça, enxaqueca, velhice só trás o que é ruim, perde a visão, cai os dentes [risos]. Só que a velhice *acomula* é isso, se ele é milionário ele *acomula* riqueza, por que ele sempre vai ao médico, tem médico do lado dele, *mode* proteger ele, o pobre num têm. Velho, pobre, *tá* lascado! (Entrevistado 1)

Então, os sujeitos têm posições diferentes sobre a velhice, em que o primeiro entrevistado a avalia como a melhor fase da vida, que foi “um presente de Deus” e o segundo a percebe como algo ruim, e faz uma análise da desigualdade social vigente na sociedade, onde o aspecto financeiro mostra a divisão da garantia de direitos. Em sua fala, o mesmo faz uma referência da importância da saúde e que, nesse processo de envelhecer, diante de vários fatores, muitas vezes os idosos têm sua saúde comprometida. Segundo Giddens (2005, p. 145), “o envelhecimento não pode ser relacionado à doença ou incapacidade, mas é claro que o avanço da idade traz crescentes problemas de saúde [...]”.

Na realidade, existem diferentes formas de se definir e conceituar a velhice. Uma delas é a definição preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2017), que é



baseada na idade cronológica, no qual são consideradas as pessoas com 60 anos nos países em desenvolvimento.

Diante desse contexto, é importante resgatar um pouco como está sendo debatida a velhice na atualidade, na qual percebemos que o envelhecimento tem concepções distintas desde os tempos mais remotos, onde a realidade se modifica e se transforma. Desejar a imortalidade, a longevidade e a eterna juventude, derrotar a morte e a velhice, é um sonho mítico do ser humano, acalentado desde os tempos mais arcaicos. Essa busca incessante tem sido expressa por meios de mitos, fábulas, rituais mágicos e receitas dos alquimistas (MASCARO, 2004).

Falar de juventude é voltar ao passado, é remeter-se à memória, de reviver momentos que marcaram a vida. Ao perguntar se havia diferença entre como eles vivem hoje e quando eram mais jovens, responderam: “Não, agora que *tô véi* é que tá bom *mermo*” (Entrevistado 2); “Grande, muito grande, diferença de jovem para velho é muito grande. Ser velho é *mais ruim*” (Entrevistado 1).

No tocante à pergunta sobre se existiam diferenças da juventude para a velhice, o primeiro entrevistado relata que a fase da velhice está sendo o melhor momento da vida; já o segundo depoente fala que viver na velhice é ruim e dá ênfase que viveu melhor durante a juventude. Segundo Bosi (1994), o território da juventude já é transposto com o passo mais desembaraçado, ela associa que é o momento onde a idade madura passa mais rápido. Fazendo uma reflexão, pude perceber que os acontecimentos na quais a velhice se destacava era um momento de associações negativas e a mesma era considerada como uma doença, onde caracteristicamente era dada ênfase à velhice como incapacidade, doença, tristeza etc.

Os direitos dos idosos estão presentes em vários capítulos da Constituição, considerando-se a mudança do paradigma dos assistidos para os ativos, dos improdutivos excluídos do mercado de trabalho para os sujeitos de direitos, como pessoa envelhecendo, do idoso cuidado exclusivamente na família para o do idoso protegido pelo Estado e pela sociedade, do idoso marginalizado para o idoso participante. A Constituição de 1988 contempla a inclusão da velhice no contexto da assistência social para a cobertura de suas necessidades.

Passados seis anos da promulgação da Constituição Federal de 1988, através das lutas da sociedade civil e política, pontuando a participação dos idosos, em janeiro de 1994 foi aprovada a Lei nº 8442 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI). Na década seguinte, em 2003, o Estatuto do Idoso atende como direito social e individual à vida, assim como o envelhecimento. É através de legislações e políticas públicas que o Estado pode garantir a vivência de um envelhecimento saudável e digno. Entretanto, no atual contexto, deparamo-nos, frequentemente, com idosos desprovidos de proteções sociais sem atender as necessidades básicas do ser humano.

Na pesquisa de campo, perguntei aos sujeitos se eles conheciam o Estatuto do Idoso e os dois disseram que já ouviram falar: “Minha irmã é professora de universidade, ganha 7 mil, sabe o que ela disse? Vai deixar o dinheiro *todim* pro Lar Torres de Melo [Instituição de Longa Permanência para Idosos, em Fortaleza – CE]” (Entrevistado 2); “Sei, mas nunca li não” (Entrevistado 1).

As respostas dos entrevistados mostram que eles conhecem o Estatuto do Idoso, mas não têm clareza do que o documento diz. O primeiro depoente faz a leitura da pergunta com uma história que o remete a uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, associando-a

a uma garantia de direito preconizada pelo Estatuto do Idoso; enquanto o segundo afirma que conhece, mas que nunca leu e não sabe de fato o seu conteúdo.

De acordo com Teixeira (2008), o Estatuto do Idoso representa um avanço em relação à PNI, tanto na garantia dos instrumentos de fiscalização, do controle social, quanto na definição de responsabilidades e obrigações do governo, que vai muito além de apoiar, estimular e incentivar.

Compreendendo o histórico da velhice, é enfática e notória a dualidade referente à exclusão social a que os idosos em situação de rua estão sujeitos, por serem idosos e por serem pobres (SILVA, 2009). Quando perguntei se eles conheciam os seus direitos, disseram que:

Conheço! Eu conheço todos os direitos da justiça, ninguém sabe que eu sou militar. Ninguém respeita *nóis* não. Centro Pop, perto da captura? *Fêcho!* Direito do idoso é dormir, acordar e comer. Eu ando *pra* todo canto *nesse* ônibus. (Entrevistado 2)

O direito do idoso não existe nenhum, o direito do idoso ainda *tá* prevalecendo passagem de ônibus, coletivo, e é se você tiver na parada do ônibus e o motorista for consciente, se não for ele passa direto, aí não existe. (Entrevistado 1)

Os dois entrevistados relatam que conhecem seus direitos, mas que estes não são respeitados/ garantidos. O primeiro depoente afirma que ninguém respeita os mais velhos, enquanto o segundo relata que os direitos dos idosos não existem. Merece destaque o fato de que, historicamente, o cuidado com as pessoas que vivem em situação de rua é organizado, quantificado e pesquisado pela política de Assistência Social, impossibilitando um maior acervo sobre o processo de cuidado em saúde mental para esta população. Nessa perspectiva, é fundamental ampliar o foco e introduzir a discussão sobre as relações de cuidado entre a política de Assistência Social e o Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente com o olhar voltado para a saúde mental, a fim de garantir um melhor trabalho e cuidado para esta população (VASCONCELOS, 2010).

Nas entrevistas realizadas, perguntei como eles viviam hoje, e tive como retorno: “Vivo na Praça [do Ferreira], *tô* na Beira Mar, *tô* na Domingos Olímpios. Eu? Eu sou o cara mais feliz que Deus me deu” (Entrevistado 2); “Financeiramente não, mas como pobre vivo bem” (Entrevistado 1).

Viver na rua, ser idoso e pobre, é muito desafiador. O primeiro depoente descreve como é viver na rua, onde muitas vezes precisa mudar o destino, a vida, o local para dormir e faz alusão aos espaços em geral onde convive. O segundo fala da questão financeira e, durante a entrevista, declara que é engraxate, que é a pessoa em situação de rua mais velha da praça e que vive em condições “não humanas”, mas, mesmo assim, consegue “viver bem”.

Com o agravamento das desigualdades sociais, as pessoas que vivem em situação de rua também sofrem com a exclusão social, a discriminação, o desemprego, a pobreza, os conflitos familiares, dentre outros tantos fatores negativos (PASCHOAL, 2011). Perguntei ao Entrevistado 1 se viver na rua sendo idoso tem diferença e ele expressou que:

A vida na praça é muito boa, aqui é tão bom que quem chega aqui *num* quer mais sair. Aqui corre a água, o suco, café, a sopa, quentinha e às vezes *peia* [brigas]. De tudo tem para o morador na praça, e tem gente de toda natureza. Viver na rua, sendo velho e idoso, se ele tiver com saúde aí é bom, mas se ele ficar doente é péssimo.

Na ocasião desse último relato, o sujeito apresentou como é o cotidiano na praça, e afirmou que viver na rua sendo idoso tem diferença. Segundo ele, o mais agravante nessa situação é a saúde, pois quando adocece, por não procurar o sistema de saúde ou por não ser atendido como deveria, o tratamento e a recuperação são dificultados (ROSA, 2011).

Quando se reflete sobre a noção de exclusão, há um tema muito presente na mídia, no discurso político e nos planos de políticas governamentais, que se pode perceber um dos fatores que explicita a exclusão social com as pessoas que vivem em situação de rua, é a dificuldade da inserção no mercado de trabalho. Nessa perspectiva, surge outro agravante, pois os idosos já contribuíram e nesses casos o Estado precisa pensar em estratégias para a efetivação dos seus direitos através de políticas públicas. A exclusão na contemporaneidade é uma das faces do intenso processo de violações ao qual o público em situação de rua está sujeito.

## 5 Considerações finais

Este trabalho buscou realizar um estudo interseccional sobre velhice, cuidado em saúde mental e população em situação de rua, trazendo relatos de como é viver a velhice em situação de rua, apontando os diversos desafios desse cotidiano. Quando falamos de velhice, vieram à tona vários entendimentos e vivências, de acordo com as realidades e experiências de vida de cada sujeito, na qual podemos destacar pelas falas dos depoentes que envelhecer é algo multifacetado e dialético, com aspectos positivos e, ao mesmo tempo, negativos.

Diante dos resultados das entrevistas, podemos concluir que a saúde mental é uma política pública pouca acessada pelas pessoas que estão em situação de rua e que é imprescindível buscar novas estratégias de cuidado. Outro fator relevante percebido foi a ausência da intersectorialidade no cuidado à saúde para a população de rua.

Nessa perspectiva, há uma necessidade de tentar justificar a importância do olhar para as interseccionalidades apresentadas nos temas abordados, levando em consideração as singularidades dos participantes da pesquisa, onde não é possível compreender o idoso isolado de outras categorias que também são reais e fazem parte de seus cotidianos, do modo de viver e superar as dificuldades encontradas nos caminhos.

É imperativa a necessidade de investimentos em políticas públicas para esta população, a fim de promover inclusão social e suas proteções pautadas em várias legislações vigentes. A articulação entre diversas políticas públicas também é um processo fundamental para a garantia de direitos do público em questão, uma vez que somente uma política não consegue dar conta de todos os problemas sociais evidenciados na pesquisa.

## Referências

ALBERTI, Verena. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Contemporânea do Brasil, 1990.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, Panorama/ENSP, 1995.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Tradução: Maria Helena Franco Monteiro. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira S.A., 1990.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jan. 1994.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 19 fev. 2002.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. OPAS. Brasília, novembro de 2005a.

\_\_\_\_\_. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005b.

BOSI, Ecléa. **Memória e sociedade: lembrança de velhos**. São Paulo, Cia de letras, 1994.

CASTEL, Robert. **As Metamorfoses da questão social**. Uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

COSTA, Jurandir F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

GIDDENS, Anthony. Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento. In: \_\_\_\_\_. **Sociologia**. Tradução de Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 128 – 149.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira 2016. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas, Informação demográfica e socioeconômica, n. 36, 2016.

IPEA. 2016. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil**. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=28819](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=28819)>. Acesso em: 10 maio 2020.

LEBRÃO, Maria L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 135 - 140, São Paulo, 2007.

LEWGOY, A. M. B.; ARRUDA, M. P. Novas tecnologias na prática profissional do professor universitário: a experiência do diário digital. **Revista Textos e Contextos**: coletâneas em Serviço Social, Porto Alegre, n. 2, p. 115-130, 2004.

MADEIRA, V. Pessoas em situação de rua ainda são um desafio. **Diário do Nordeste**, 2016. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/pessoas-em-situacao-de-rua-ainda-sao-desafio-1.1475239>>. Acesso em: 11 maio 2020.

MARCONI, Marina de A.; LAKATOS, Eva M. **Técnicas de pesquisa**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1990.

MASCARO, Sonia de A. **O que é velhice**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

MENEZES, Kelly M. G. **Agora é a minha vez de ir pra escola!** Os desafios na educação para mulheres velhas em um Programa de EJA, em Fortaleza – CE. 2017. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2017.

MOTA, Ana Elizabete. Assistência Social em debate: direito ou assistencialização. In: O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SUAS: SEMINÁRIO NACIONAL/CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – GESTÃO ATITUDE CRÍTICA PARA AVANÇAR NA LUTA. Brasília: CFESS, 2011, p. 65-71.

NERI, Anita L. **Palavras-chaves em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Definitions**, 2017. Disponível em: <<http://www.who.int/about/definition/en/>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Innovative Care for Chronic Conditions**. 2001. Disponível em: <<https://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccreport/en/>>. Acesso em: 11 maio 2020.

PASCHOAL, Sérgio M. P. Qualidade de vida na velhice. In: FREITAS, Elizabete V.; PY, Lígia; NERI, Anita L.; CANÇADO, Flávio A. X.; DOLL, Johannes; GORZONI, Milton. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ROSA, Lúcia. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, Maria L. L. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

TEIXEIRA, Solange M. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

THOMPSON, Paul. **A voz do passado**: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

TURATO, Egberto R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 507 – 514, jun. 2005.

VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). **Saúde mental e serviço social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010.