

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Leonice Aparecida Martins Sapucaia

**EX-MORADORES EM SITUAÇÃO DE RUA
QUE SE TORNARAM CUIDADORES DE IDOSOS**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

SÃO PAULO
2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Leonice Aparecida Martins Sapucaia

**EX-MORADORES EM SITUAÇÃO DE RUA
QUE SE TORNARAM CUIDADORES DE IDOSOS**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Dissertação apresentada à Banca
Examinadora da Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo,
como exigência parcial para
obtenção do título de Mestre em
Gerontologia Social sob orientação
da Professora Doutora Beltrina
Côrte.

Banca Examinadora

Dedicatória

Dedico este trabalho ao meu marido *Flávio*, que esteve sempre presente em todos os momentos da minha vida, sempre me incentivando e não permitindo que tropeços me fizessem desanimar. Pessoa a quem amo muito e tenho imensa admiração pela sua paciência, sabedoria e a intensa forma de expressar o seu amor. Admiro também pelo excelente educador que é, sempre em busca de desafios e conhecimentos. E afirmo que sem ele ao meu lado este momento seria impossível de acontecer.

À minha filha *Laura* que com todo seu jeito meigo e carinhoso teve toda paciência. Uma menina maravilhosa que em diversos momentos cuidou com muito carinho da sua irmã caçula. Por diversas vezes ouvi a seguinte frase: “mãe pode ir cuidar do seu trabalho que eu fico de olho na Lele”. Amo infinitamente este tesouro

À caçulinha *Letícia* que com toda sua energia demonstrou muita paciência e amadurecimento neste momento. Uma garotinha muito carinhosa e que exercitou muito a paciência no sentido de esperar um “pouquinho”. Quantas vezes “mamãe estou com fome”, “mamãe vem assistir comigo” e eu simplesmente respondia “agora não, espera um pouco”. Amo infinitamente esta joia.

Ao Padre *Júlio Lancelotti*, primeiramente pela oportunidade de ter me proporcionado conhecer a Missão Belém. Pessoa com quem aprendi que o amor ao próximo representa tudo. Recordando-me de uma rica frase da Irmã Dulce "Se houvesse mais amor, o mundo seria outro; se nós amássemos mais, haveria menos guerra. Tudo está resumido nisso: Dê o máximo de si em favor do seu irmão, e, assim sendo, haverá paz na terra"

E por fim dedico aos *cuidadores, ex-moradores* em situação de rua, *da Missão Belém*, em especial o *Michael* e a *Dona Elaine*, com os quais aprendi que com AMOR tudo é possível. Graças a eles este trabalho se tornou possível, meu eterno carinho, respeito e admiração.

Agradecimentos

À minha professora Doutora *Beltrina Côrte* pelos desafios provocados ao longo de todo meu trajeto. Pela atenção e paciência dispensadas nesta trajetória.

A todos os *professores* do Programa de Gerontologia da PUC/SP, pelas riquíssimas contribuições.

Ao *CNPQ*, Agência financiadora da Bolsa de Estudos que foi de extrema importância para conclusão dos meus estudos.

Ao *Rafael*, secretário do programa de Gerontologia pela paciência e esclarecimentos de muitas dúvidas.

Aos *colegas e amigos* do mestrado pelo acolhimento e auxílio no decorrer do curso.

A todos os *coordenadores, cuidadores e idosos* das casas de acolhimento da Missão Belém, pelo prazer de conhecer diversas histórias.

Ao padre *Giampietro Carraro* por me permitir em participar das orientações para os cuidadores

Ao meu amado Pai *Manuel* pela paciência, compreensão de vários domingos sem poder estar junto dele.

À minha querida tia *Elizabete* pelo carinho, compreensão e paciência e também pela imensa disponibilidade em cuidar das minhas filhotas.

Aos *amigos* que me apoiaram em diversos momentos desta formação.

Ao meu amigo e sócio *Cláudio Hara* pela compreensão e paciência na fase final deste trabalho.

Aos meus grandes amores *Flávio, Laura e Letícia*.

A *Deus* por colocar em minha vida pessoas muito especiais como estas.

SAPUCAIA, L. A. M. Ex-moradores em situação de rua que se tornaram cuidadores de idosos. 2014. 110f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

Resumo

O trabalho investiga como ex-moradores em situação de rua tornaram-se cuidadores de pessoas idosas, acolhidas das ruas nas casas da Missão Belém, entidade pertencente à Igreja Católica, cenário deste estudo. A metodologia de pesquisa foi a abordagem qualitativa, por meio da observação participante, tendo como principais instrumentos o diário de campo e a entrevista semiestruturada, com dez cuidadores, sobre como se tornaram cuidadores dos idosos, dificuldades encontradas no cuidado aos idosos, necessidade de orientações sobre o cuidado e processo de envelhecimento. Verificou-se que sete dos entrevistados chegaram à instituição para assumir outras funções, como monitores ou cozinheiros, e se envolveram no cuidado aos idosos acolhidos das ruas, identificando-se com a tarefa de cuidar dos mesmos; seis indicaram alguma dificuldade no cuidado aos idosos e dez respostas assinalaram a exigência de orientações para cuidar adequadamente dos idosos. Ressaltou-se ainda a importância das mudanças que ocorrem nessa faixa etária, tentando desmistificar a imagem do velho somente relacionado a questões negativas, como perdas, doenças e inutilidade. As respostas permitem a reflexão sobre quem é aquele indivíduo e seu direito de escolha, pessoa que deve sempre ser ouvida e respeitada. A pesquisa concluiu que as casas de acolhimento são um rearranjo familiar nas quais emerge a relação intergeracional entre os cuidadores jovens e os idosos: os cuidados são imprescindíveis a ambos os lados. Ao mesmo tempo, procuram ajudar aqueles com quem, outrora desconhecidos, aprenderam a dividir sentimentos e emoções, histórias, segredos e ensinamentos. Observamos que o cuidado dispensado pelos jovens cuidadores aos idosos é um dos caminhos para a própria recuperação na luta contra as drogas, sob a esperança de reconquista da família, da cidadania e dignidade.

Palavras-chaves: Moradores em situação de rua. Gerontologia Social. Cuidadores de Idosos. Relação Intergeracional. Rearranjo Familiar.

SAPUCAIA, L. A. M. Ex-moradores em situação de rua que se tornaram cuidadores de idosos. 2014. 110f.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

Abstract

The project investigates how ex-streets residents have become caregivers to elderly people, recived from the streets to the Missão Belém's house, an entity belonging to the Catholic Church, scenario of this study. The methodology of research was the qualitative approach, through a participative observation, containig as main instruments: the field journal and semi-structured interview with ten caregivers, about how the turned into elder people caregivers, difficulties on caring of them, orientation needs about care and the aging process. It was found that seven of the interviewed came to the institution to assume other functions such as monitors or cooks, and got involved in the care of the streer received elderliers, identifying themselves with the chore of taking care of them; six indicated difficulties about the caring process and 10 of the answers pointed to the need for guidelines to properly care for the elderly. Were also emphasized the importance of the changes that occur in this age groups, trying to demistify the old people image being only related to negative issues, as losses, illnesses and uselessness. The answers allow the reflection on who this individual that must be listened to and respected. The research concluded that the hosting houses are a family rearrangement in wich the intergenerational relationship between the young and the elderly emerges: the care is essential to both sides. At the same time, seek to help those who, once unknown, learnerd to share feelings and emotions, srories, secrets and teachings. It can be observed that the care givem by the young to the elderly is a way to their own recovery in the fight against drugs, in the hope of regaining their families, citizenship and dignity.

Keywords: Residents in the street. Social Gerontology. Caregivers of elderly people. Intergenerational relationship. Family rearrangement.

Sumário

Introdução	13
<i>Gênese do problema: significado pessoal de investigação</i>	<i>13</i>
<i>Trajetória no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC/SP.</i>	<i>17</i>
2. Faces da velhice	21
<i>I – Aumento da população idosa</i>	<i>21</i>
<i>II – População idosa em situação de rua.....</i>	<i>27</i>
<i>III – O cuidar e o cuidador de pessoa idosa</i>	<i>42</i>
<i>IV - Contexto da pesquisa: Missão Belém.....</i>	<i>48</i>
<i>V - Relação intergeracional e rearranjo familiar.....</i>	<i>51</i>
3. Metodologia.....	55
<i>Características da pesquisa</i>	<i>55</i>
<i>Universo e seleção</i>	<i>60</i>
<i>Trajetória metodológica</i>	<i>60</i>
4. Quem são os cuidadores da Missão Belém?	63
<i>4.1 Características demográficas</i>	<i>63</i>
<i>4.2 “Destruí minha vida, mas fui salvo”</i>	<i>64</i>
<i>4.3 De viciado e morador de rua a cuidador de idosos</i>	<i>68</i>
<i>4.4 Quem ajuda quem? O papel do cuidador e do idoso na recuperação mútua.....</i>	<i>76</i>
<i>4.5 Entre estereótipos e senso comum: cuidar dos idosos nas casas de acolhimento</i>	<i>79</i>
<i>4.6 Paciência com aquele que envelhece: amanhã pode ser você .</i>	<i>85</i>
<i>4.7 Amanhã não quero estar aqui como idoso</i>	<i>91</i>

5. Cenas do próximo capítulo	96
Referências Bibliográficas	102
Apêndices.....	107
Anexos	109

Lista de figuras

Figura 1 - Mapa da Cracolândia em São Paulo.....	37
Figura 2 - Dinâmica com os cuidadores sobre o termo cuidar	80
Figura 3 - Dinâmica sobre os conceitos de “ser jovem” e “ser velho”	82

Lista de gráficos

Gráfico 1 - Distribuição por grupos de idade	23
Gráfico 2 - Estimativa da população no Brasil – 1980-2050.....	24
Gráfico 3 - Distribuição percentual da população extremamente pobre por faixa etária	30
Gráfico 4 - População em situação de rua na cidade de São Paulo, segundo sexo.....	31
Gráfico 5 - População em situação de rua segundo experiências de impedimento de entrada em locais ou para realização de atividades, 2007-8	33
Gráfico 6 - Locais de permanência nas ruas	67
Gráfico 7 - Como chegou à Missão Belém.....	69
Gráfico 8 - Permanência na Missão Belém	71
Gráfico 9 - Como se tornaram cuidadores de idosos	74
Gráfico 10 - Principais dificuldades no cuidado ao idoso	86

Lista de quadros

Quadro 1 - Número de indivíduos e variação por ano do censo e comparação com a população	34
Quadro 2 - Evolução das ações para o morador de rua na cidade de São Paulo.	35
Quadro 3 - Número de indivíduos por situação de abordagem e grupo etário	38
Quadro 4 - Motivos que levaram os entrevistados a sair de sua habitação original.....	40
Quadro 5 - Características sociodemográficas dos cuidadores da Missão Belém, 2014.....	63

Lista de tabelas

Tabela 1 - População em situação de rua segundo escolaridade, 2007-8.....	32
---	----

SIGLAS

ETEC: Escola Técnica Estadual de São Paulo

UNIFESP: Universidade Federal de São Paulo

SENAC: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

PUC-SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

NEPE: Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio

SNAS: Secretaria Nacional de Assistência Social

MDS: Ministério do Desenvolvimento Social

SDH/PR: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República

FIPE: Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

FESPSP: Fundação Escola de Sociologia e Política do Estado de São Paulo

PM: Polícia Militar

DST: Doença sexualmente transmissível

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

Aids: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

LOAS: Lei Orgânica de Assistência Social

CBO: Classificação Brasileira de Ocupações

USP: Universidade de São Paulo

CSSF: Comissão de Seguridade Social e Família

COREN: Conselho Regional de Enfermagem

SUAS: Sistema Único de Assistência Social

PNAS: Política Nacional de Assistência Social

GTI: Grupo de Trabalho Interministerial

MNPR: Movimento Nacional da População de Rua

TCLE: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Introdução

Seria perfeitamente possível iniciar este trabalho destacando o aumento da população idosa no Brasil e no mundo. Em contraposição à diminuição das taxas de natalidade, o crescimento remete às projeções futuras do envelhecimento populacional em geral nos próximos 50 anos, sendo que os idosos representarão mais de 30% da população. Porém, prefiro deixar esta análise para o capítulo da fundamentação teórica, no qual detalharei melhor o tema, integrando-o a outro, mais relevante de minha pesquisa, que são os moradores em situação de rua nas grandes metrópoles. Esses moradores estão envelhecendo e, apesar de não constarem dos censos oficiais, pesquisas mostram que aumenta significativamente o número de idosos vivendo em situação de rua.

Inicialmente apresentarei parte de minha trajetória pessoal, acadêmica e profissional, a fim de situar o leitor sobre os aspectos e influências pessoais e epistemológicas que contribuíram para a origem do problema de pesquisa, justificativas, hipóteses e delimitação, que culminaram com a elaboração das questões que nortearam todo o trabalho.

Gênese do problema: significado pessoal de investigação

O idoso sempre esteve presente em minha vida. Grande parte da influência profissional e acadêmica deve-se a uma idosa: minha avó materna, que era atendente de enfermagem. Desde pequena gostava de folhear seus livros de anatomia, repletos de figuras. Aos 15 anos concretizei minha opção ao ingressar no curso técnico em enfermagem da ETEC Carlos de Campos, em São Paulo.

Durante os quatro anos do curso fiz estágios em diversas instituições públicas de saúde, sensibilizando-me com a situação de abandono que idosos sofriam por parte dos familiares, principalmente perto de datas comemorativas, como Natal, Dia das Mães e dos Pais, e aniversários. A relação com os

pacientes idosos sempre foi de muito carinho e respeito pelos relatos de experiência, provavelmente por conta da forte ligação com minhas avós.

Durante a graduação em enfermagem participei de estágios e aulas práticas em diversas instituições de saúde. O interesse pelo tema do idoso se fortaleceu nas aulas da disciplina de enfermagem no processo de envelhecimento e do estágio supervisionado em instituição hospitalar, na unidade geriátrica. O interesse culminou com a escolha do tema do trabalho de conclusão de curso, sobre “a qualidade da assistência de enfermagem prestada ao idoso institucionalizado”. Conheci mais de perto a triste realidade dos idosos em asilos e instituições que me permitiram visitar, pois distintas instituições sequer abriram as portas para a pesquisa.

Após a conclusão da graduação ingressei no mercado de trabalho como enfermeira assistencial de uma rede privada de saúde. O tema saúde do idoso me levou a ingressar no curso de especialização em Enfermagem Gerontológica e Geriátrica da Universidade Federal de São Paulo – Unifesp. Escolhi como pesquisa da monografia “o significado do processo de envelhecimento dos enfermeiros de faixa etária entre 40 e 60 anos”. Analisei as resistências, e até mesmo preconceitos, na contratação de profissionais dessa faixa etária, sem grande experiência profissional na rede privada.

Após a conclusão da especialização, em 2002, entrei em licença-maternidade e, após retornar à empresa em 2003, fui convidada a assumir a supervisão do hospital. Com isto, passei a dedicar meus estudos à área de gestão hospitalar, culminando, em 2005, com o ingresso, no Senac, na segunda especialização, em gestão de serviços de saúde.

Em minha atuação como gestora evidenciou-se outro personagem envolvido nos processos de saúde do idoso: o acompanhante idoso.

É cada vez mais frequente os gestores de enfermagem se depararem com situações em que os únicos acompanhantes de pacientes idosos internados serem outros idosos, na maioria das vezes o companheiro ou companheira, que em alguns casos possui mais idade, ou mesmo filhos, com mais de 60 anos. Mas o acompanhante idoso, em determinadas situações,

igualmente demanda cuidados. Os hospitais raramente possuem estrutura adequada para atendimento ao acompanhante com esse perfil. Seja no conforto e adequações das instalações e acomodações disponíveis, principalmente nas enfermarias, ou na falta de equipes multiprofissionais que promovam um trabalho de orientação e assistência social e psicológica, de modo a prepará-los a enfrentar os problemas de saúde decorrentes do estresse causado ao cuidador familiar em situação crítica de saúde do paciente.

Vivenciei ainda a experiência de estar do outro lado da assistência de enfermagem em dois momentos marcantes em minha vida: o primeiro, no início de 2005, pela internação, por cerca de quatro meses, de minha mãe. Foram dois meses em estado de coma, que terminaram com o seu falecimento. Precisei cuidar da saúde física e mental de meu pai. O segundo momento viria ainda no final de 2005, quando minha sogra foi acometida por um câncer de esôfago e já apresentava metástase, lutando durante 11 meses contra a doença, antes de falecer. Apesar da dor e tristeza, sua doença me proporcionou uma vivência única, de cuidadora de idoso em home care, e de orientadora profissional a um cuidador idoso (meu sogro), principal responsável pelos cuidados básicos de higiene, acompanhamento e administração de medicamentos e alimentação enteral.

Em 2008, nos mudamos para o bairro da Mooca, em São Paulo. Passamos a frequentar a comunidade da Igreja Católica São Miguel Arcanjo, que, entre diversas ações desenvolvidas pelas pastorais, destaca-se a pastoral da população de rua. O pároco da Igreja São Miguel Arcanjo participa ativamente na defesa dos direitos dessa população. Presente vivamente na comunidade, por meio do grupo de casais, em 2012, a partir das políticas públicas de segurança contra a população de rua na cidade de São Paulo, especialmente na região conhecida como cracolândia, o pároco convocou os diversos grupos e pastorais da comunidade a se lançarem ao apoio à população de rua. O apoio deveria ser dirigido especialmente a duas obras religiosas da Igreja Católica, que são a Fraternidade Toca de Assis e a Missão Belém. Ambas desenvolvem o trabalho de acolhimento e atendimento à

população de rua por meio de milhares de colaboradores distribuídos pelo Brasil e exterior.

Passei a visitar com frequência duas casas mantidas pela Missão Belém, que acolhem idosos em situação de rua, com o objetivo de orientar os voluntários que atuavam como cuidadores desses idosos quanto aos cuidados básicos de higiene e saúde. Cada casa abriga cerca de 20 idosos, além dos cuidadores e missionários.

Entretanto, deparei-me com cuidadores de idosos totalmente “diferentes” do que conhecera até o momento. Eram ex-usuários de drogas, principalmente do crack, que viviam nas ruas em regiões como a cracolândia. Havia sido resgatados pelas pastorais de rua e encontraram na Missão Belém e no voluntariado uma nova forma de vida. Jovens que outrora enfrentaram o risco de morte pelo crack ou pelo tráfico de drogas, diversos deles com histórico de passagem por delegacias e presídios, dedicam-se a cuidar de idosos, alimentando-os, trocando-lhes fraldas, administrando medicamentos, cuidando de sua higiene pessoal, acompanhando-os aos postos de saúde para consultas e exames.

Como profissional, sei que não basta apenas a boa vontade no caso da saúde, cuja falta de orientação sobre procedimentos e cuidados básicos aos idosos acometidos por enfermidades pode provocar o agravamento de sua situação.

Mas percebi que os remédios eram organizados por características de tamanho e cor, desvelando a condição de analfabetos funcionais, com pouca escolaridade, e mostrando a exigência de uma formação multidisciplinar, envolvendo saúde, educação e demais conceitos essenciais para a capacitação mínima do cuidador.

Emergiu daí a disposição em elaborar um material didático (anexo1), com linguagem simples e acessível, de modo a ministrar oficinas de orientação aos cuidadores sobre os cuidados no atendimento aos idosos, particularmente ao idoso proveniente das ruas, a fim de prestar-lhe o melhor atendimento dentro das possibilidades e limitações.

No final de 2012 passei a pesquisar bibliografias e trabalhos acadêmicos que me auxiliassem no desenvolvimento das oficinas nas casas de acolhimento, principalmente com os ex-usuários de drogas que se tornam cuidadores de idosos. Deparei-me na pesquisa com trabalhos desenvolvidos pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Identifiquei-me com as linhas de pesquisa e decidi participar do processo seletivo. Ao ser aprovada, estava ciente de que se iniciava um novo capítulo na minha trajetória.

Trajetória no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da PUC/SP.

Ingressar no Programa significou novas expectativas e perspectivas quanto a desenvolver um melhor trabalho com os cuidadores de idosos da casa de acolhimento da Missão Belém. Na verdade, a elaboração do pré-projeto de pesquisa para o processo seletivo proporcionou uma retrospectiva sobre minhas pesquisas na área do envelhecimento. Além disso, reacendeu a paixão pelo tema, que se iniciara na formação técnica, posteriormente na graduação em Enfermagem e na especialização, substituída pela atuação na gestão hospitalar.

As diversas disciplinas cursadas no mestrado contemplaram de forma bastante abrangente temas relacionados ao envelhecimento. Propiciaram a oportunidade de uma reflexão crítica acerca dos aspectos e dimensões que envolvem o processo do envelhecimento, como fisiológicas, psicológicas e sociais, e mesmo as que envolvem sentimentos, memória e relações intergeracionais.

As leituras e discussões nas disciplinas provocaram uma reflexão sobre falsos conceitos do envelhecimento. Em diversos encontros se ressaltou que “envelhecer significa ficar mais frágil, porém não significa adoecer”. Nas aulas sobre “envelhecimento com qualidade” discutimos diversos temas: “quem é o idoso? envelhecemos todos de igual modo? quais as diferenças entre mulheres e homens? o envelhecimento limita o idoso?”.

Discutimos ainda o conceito de saúde, tendo em vista que a era moderna a define como a “ausência de doença”; o conceito contemporâneo a mostra como “manutenção da funcionalidade e bem-estar biopsicossocial”. Analisou-se a dificuldade em mudar definições culturalmente enraizadas, como a associação entre envelhecimento e doenças.

O aspecto cultural foi intensamente explorado pelas disciplinas, contribuindo para uma análise sobre cultura e saúde relacionadas ao envelhecimento. O texto “O corpo do brasileiro - estudos de estética e beleza”, de Renato Queiroz, provocou reflexão sobre como os padrões de beleza variam culturalmente. É possível identificar a sociedade na qual um indivíduo está inserido por meio de seu modo de andar, falar e outras características. Somos seres com corpo biologicamente formado; o corpo é um objeto da cultura e deve ser culturalizado; o corpo é parte da natureza, mas se não for culturalizado não sobrevive.

As discussões sobre o livro “Memória e sociedade”, de Ecléa Bosi, que reúne depoimentos de idosos que relatam a própria trajetória de vida, propiciaram diversas reflexões referentes aos temas cultura e memória. O livro contribuiu para uma melhor análise sobre relações que se estabelecem entre os moradores e idosos das casas de acolhimento da Missão Belém. Destacam-se as crises relacionadas às regras de funcionamento das casas e/ou manifestações individuais por meio dos gestos, linguagem e atividades como costura, tricô e crochê, o preparo de um prato típico e datas religiosas. Idosos se emocionam ao se deparar com as lembranças, possibilitando o resgate da memória e consequentemente de sua subjetividade.

Contribuição de extrema importância foi a discussão do livro “O sorriso etrusco”, de José Luis Sampedro. Levou-nos a refletir sobre as relações intergeracionais que se estabelecem entre os idosos e os mais jovens, ricas em conflitos e aprendizado mútuo. Extremamente útil para compreender o que ocorre entre os idosos e seus cuidadores, em geral bem mais jovens.

Além das obras bibliográficas foram utilizadas obras cinematográficas, que enriqueceram as discussões a partir das diversas análises dos cenários

propostos pelos filmes. Esse foi um dos temas dos encontros mensais promovidos pelo Núcleo de Estudo e Pesquisa do Envelhecimento (Nepe), apresentados por Luciana Mussi. Assistimos e discutimos Ingmar Bergman e sua reflexão sobre a angústia existencial do cinema no envelhecer, diante da ameaça iminente de morte e do desejo de vida.

Distintos temas apresentados nos encontros mensais do Nepe subsidiaram as discussões e reflexões, além dos trabalhos. Sendo um programa multidisciplinar, revelavam a diversidade de olhares sobre o envelhecimento, ampliando o saber sobre o tema.

Por fim, é importante destacar na minha trajetória o aprendizado proporcionado pelos idosos e cuidadores da Missão Belém. Eles me ensinaram com riqueza de detalhes sobre ruas, drogas, dificuldade de recomeçar a vida e esperança de reconquistar o que fora perdido. Passei a olhar os idosos em situação de rua e seus cuidadores sob outra perspectiva.

Parte desse aprendizado, incluindo depoimentos dos cuidadores, provocou inquietações, permitindo o desenvolvimento deste trabalho, centrado na orientação a esses cuidadores e nos seguintes problemas de investigação:

- Por que realizar atividades educativas para os cuidadores de idosos, ex-moradores de rua?
- Qual o conhecimento que eles têm em relação ao idoso?
- Como os ex- moradores em situação de rua se transformaram em cuidadores de idosos?
- Como se dá a relação intergeracional?

Diante da problemática de pesquisa, decidiu-se como objetivo geral investigar como ex-moradores em situação de rua tornaram-se cuidadores de idosos nas casas de acolhimento, tendo ainda como objetivos específicos:

- Identificar o perfil sóciodemográfico dos ex-moradores em situação de rua eleitos como cuidadores de idosos das casas de acolhimento.
- Conhecer como egressos da situação de rua se tornaram cuidadores de idosos.

- Contribuir com subsídios para a formulação de políticas de cuidados envolvendo os ex-moradores em situação de rua e sua inserção no mercado de trabalho.

Para maior compreensão da investigação abordarei os temas sobre o aumento da população idosa em situação de rua, o cuidar e o cuidador de pessoa idosa, o contexto da Missão Belém e a relação intergeracional e rearranjo familiar.

2. Faces da velhice

Neste capítulo são apresentados os principais temas relevantes à área da gerontologia social que emergiram da problemática da pesquisa e contribuíram para a reflexão e posterior análise e discussão dos dados a serem coletados.

I – Aumento da população idosa

A discussão sobre o aumento da população idosa é tema frequente nos meios de comunicação nas últimas décadas. As notícias exploram a imagem de um idoso realizado, independente, que viaja, pratica esportes, vai aos bailes, namora e declara estar na “melhor idade”. E há imagens de idosos maltratados pela família, abandonados pelos filhos, sozinhos, desrespeitados em seu direito de cidadãos, principalmente quando se trata da saúde pública. Frequentemente são veiculadas cenas deploráveis de maus-tratos em hospitais, como se o idoso fosse apenas fonte de problemas de saúde, em quem não vale a pena investir.

As duas faces da velhice no Brasil refletem as enormes diferenças sociais que ocorrem em todas as faixas etárias. Pessoas que pagaram impostos caríssimos por mais de meio século se veem em total abandono e desprezo por parte das autoridades públicas. Segundo Brêtas (2011, p.185),

as transformações na estrutura etária do país estão ocorrendo sem que as conquistas sociais tenham atingido a maioria da população, evidenciando processos de envelhecimento desiguais, contrastes e profundas desigualdades sociais, observando-se segmentos miseráveis como os dos países mais pobres e, ao mesmo tempo, segmentos que desfrutam de facilidades e serviços típicos do mundo desenvolvido.

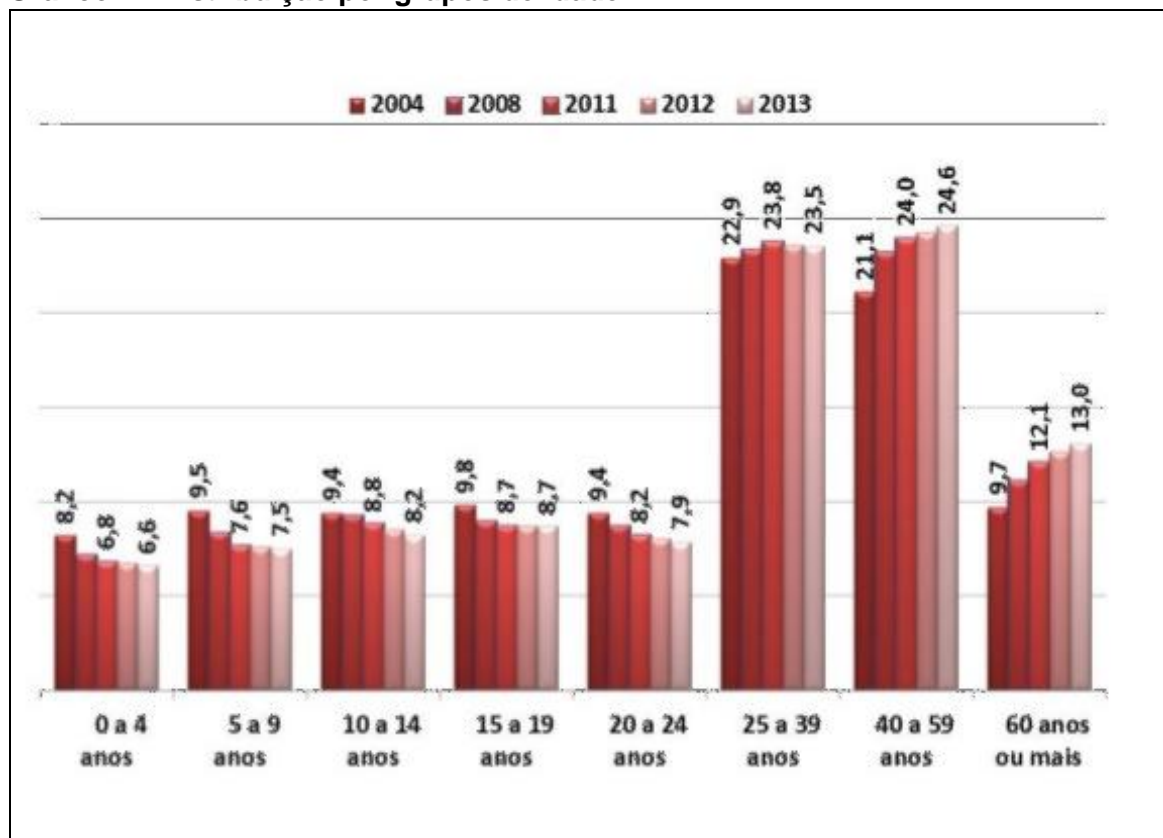
Portanto, não é possível um envelhecimento tranquilo e com qualidade que dependa apenas dos programas de seguridade social do governo, em decorrência dos valores de aposentadoria cada vez mais defasados ou ainda pela grande carência de serviços públicos voltados ao idoso na área da saúde.

Um dos efeitos da preocupação com um envelhecimento tranquilo do ponto de vista financeiro reside no grande aumento da procura de planos de previdência privada por parte dos trabalhadores. Essa certeza não está apenas naqueles mais próximos da aposentadoria, a partir dos 45 anos, mas nos jovens que estão entrando no mercado de trabalho, com 25 a 30 anos de idade. E quando perguntados sobre o porquê da previdência privada, a grande maioria confirma a preocupação em serem independentes das políticas públicas para o idoso no Brasil. Mostram descrença pelos atuais serviços.

Aumenta o número de casais que optam por não ter filhos ou ter apenas um filho. Cenário que amplia a probabilidade de não haver um “cuidador natural” na velhice, sendo essencial refletir sobre recursos para a contratação de cuidadores profissionais. Demonstra-se assim haver maior preocupação das pessoas pelo seu envelhecimento no aspecto financeiro do que biológico, refletindo o sentimento que no Brasil envelhecer custa caro, especialmente quando se trata do alto custo da saúde privada e medicamentos.

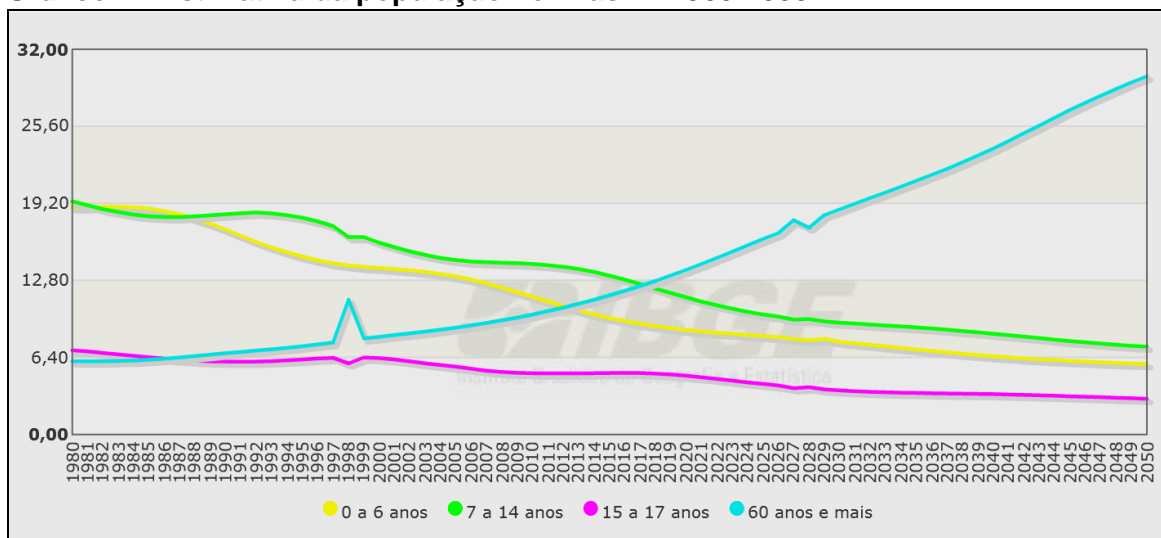
Há uma discussão na sociedade sobre a taxa de natalidade. Segundo o IBGE, em 2013, a taxa de fecundidade ficou em 1,77 filhos por mulher, enquanto em 2000 essa taxa era de 2,39 filhos, representando diminuição de mais de 25%. Desde 2007, o índice já é menor do que o imprescindível para repor a população.

O declínio da população no Brasil, em contraste com o aumento da expectativa de vida dos brasileiros, permite previsões por parte dos especialistas sobre os impactos em haver menos pessoas em idade para trabalhar, pagar impostos e manter a previdência dos mais velhos. Tendo em vista a perspectiva de que haverá cada vez mais idosos levando uma vida ativa, a economia deverá se adaptar às novas exigências de consumo dessa população. O Gráfico 1 apresenta dados do PNAD de 2013 sobre a distribuição da população por grupos de idade, que reforçam o que se relata.

Gráfico 1 - Distribuição por grupos de idade

Fonte: IBGE/PNAD (2014).

Segundo dados do último censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, a população idosa com mais de 60 anos no Brasil passou de 14,5 milhões, ou 8,5% da população, em 2000, para 20,5 milhões, ou 10,8% do total, em 2010. Dados do PNAD de 2014 apontam que em 2013 esta população idosa representava 13%, 0,4 ponto percentual maior que em 2012, totalizando 26,2 milhões de idosos. Segundo estimativas do Instituto, em 2050 a porcentagem de idosos no Brasil representará cerca de 30% do total da população, conforme apresentado no Gráfico 2:

Gráfico 2 - Estimativa da população no Brasil – 1980-2050

Fonte: IBGE (2014).

É cada vez mais urgente a efetivação de programas e políticas públicas que garantam os direitos dos idosos, conforme estabelecidos e aprovados no Estatuto do Idoso, a fim de se estruturar, a médio e longo prazos, uma sociedade preparada para os desafios e exigência de uma população envelhecida.

O município de São Paulo, contexto em que se dará esta pesquisa, continua sendo o de maior população brasileira, com mais de 11,2 milhões de habitantes, contra 10,4 milhões em 2000, crescimento de 7,7%. Dentre os idosos paulistanos com mais de 60 anos, o crescimento foi de 2,3 pontos percentuais, saltando de 973 mil, 9,4% do total da população da capital paulista, em 2000, para 1,3 milhão, 11,7% do total, em 2010 (IBGE, 2010).

A mudança de cenário leva a várias perguntas: estamos preparados para deixar de ser um país de jovens e nos tornarmos um país de idosos? O envelhecimento é discutido com as crianças e adolescentes nas escolas? O idoso tem fácil acesso às informações sobre seus direitos nos serviços públicos? E seu familiar, tem conhecimento sobre os direitos do idoso? A quem reclamar quando esses direitos não são respeitados? A pessoa idosa recebe orientações quanto à sua vida sexual?

As desigualdades, dúvidas e questionamentos com relação ao envelhecimento são múltiplos e nos desafiam, como pesquisadores da área da

gerontologia, a mergulhar nos estudos e ações, com o objetivo de contribuir com as mudanças imprescindíveis à melhoria do atendimento do idoso nas diversas esferas da sociedade. Porém, é preciso discutir o que é a velhice: aspecto social determinado pela faixa etária, ou seja, acima de 60 anos, ou refere-se mais diretamente à questão biológica?

Quando se decide definir o velho, predomina no senso comum a visão antagônica ao jovem, ao novo. Na maioria das oportunidades, ressalta-se que o jovem é mais ágil, o jovem não fica doente com a mesma frequência, que o jovem é mais produtivo, enquanto o idoso é visto como improdutivo e inútil, conforme enfatiza Zimerman (2000, p.28).

Ser velho não é o contrário de ser jovem. Envelhecer é simplesmente passar para uma nova etapa da vida, que deve ser vivida de maneira positiva, saudável e feliz. É preciso investir na velhice como ocorre com as demais faixas etárias. Destaca-se ainda a relação da pessoa com doença. Beauvoir (1990, p. 37) ressalta

Há uma relação de reciprocidade entre velhice e doença; esta última acelera a senilidade e a idade avançada predispõe a perturbações patológicas, particularmente aos processos degenerativos que a caracterizam. É muito raro encontrar o que poderíamos chamar de “velhice no estado puro”. As pessoas idosas são acometidas de uma polipatologia crônica.

Brêtas et. al (2010, p.3) ressaltam que “o ato de envelhecer implica mudanças constantes. Saber lidar com as perdas, buscando novas aquisições durante todo o processo de envelhecimento, é o que o torna saudável”. Entretanto, não basta ao idoso aceitar seu processo de envelhecimento como mais uma etapa a ser vivida integralmente nas dimensões biológica, psicológica e afetiva, se a sociedade não o respeita e não garante efetivamente seus direitos. Zimerman (2000, p. 71) enfatiza que “as atitudes se formam em função das normas e valores dos grupos sociais e da sociedade em que se vive”. O que remete à reflexão que se deve urgentemente se educar e educar as próximas gerações a verem os mais velhos como dotados de plena experiência e grande sabedoria. Cortella & Rios (2013, p. 44) assinalam

A sociedade ocidental, que é *labórlatra* (isto é, idolatra o trabalho), olha o idoso como encargo e não como patrimônio. Quando observamos várias sociedades pelo mundo afora, especialmente as africanas, as asiáticas, as árabes, vemos que elas olham o idoso como um patrimônio – de conhecimento, de capacidade, de história, de afeto, de autoridade. Já nós desprivilegiamos o idoso. Nós o colocamos como um sujeito de direitos, mas que hoje aparece no cotidiano muito mais como necessitado de proteção – a noção de *inválido*, ou seja, aquele que já não tem valia, não tem valor – do que como merecedor de respeito. Acho que a grande questão do idoso hoje é a solidão, muito comum nas sociedades ocidentais, ou ocidentalizadas.

A sociedade ocidental, que tanto se orgulha de ser “evoluída”, tem muito a aprender quando se trata do respeito e cuidado com os mais velhos, especialmente ao se analisar um fenômeno cada vez maior nas grandes metrópoles do país, que são o envelhecimento e as velhices vividas na rua.

II – População idosa em situação de rua

Eu queria morar numa favela
Eu queria morar numa favela
Eu queria morar numa favela
O meu sonho é morar numa favela.

Eu não sou registrado
Eu não sou batizado
Eu não sou civilizado
Eu não sou filho do Senhor
Eu não sou computado
Eu não sou consultado
Eu não sou vacinado
Contribuinte eu não sou
Eu não sou comemorado
Eu não sou considerado
Eu não sou empregado
Eu não sou consumidor
Eu não sou amado
Eu não sou respeitado
Eu não sou perdoado
Mas também sou pecador
Eu não sou representado por ninguém
Eu não sou apresentado pra ninguém
Eu não sou convidado de ninguém
E eu não posso ser visitado por ninguém
Além da minha triste sobrevivência
eu tento entender a razão da minha
existência
Por que que eu nasci?
Por que eu tô aqui?
Um penetra no inferno sem lugar pra fugir
Vivo na solidão, mas não tenho privacidade
E não conheço a sensação de ter um lar de
verdade
Eu sei que eu não tenho ninguém pra dividir
o barraco comigo
Mas eu queria morar numa favela, amigo

Eu queria morar numa favela
Eu queria morar numa favela
Eu queria morar numa favela
O meu sonho é morar numa favela.
(PENSADOR, G., 2012)

Quando ouvi pela primeira essa música, imediatamente me perguntei como era possível o desejo de morar em uma favela. A imagem desse tipo de moradia é de total falta de infraestrutura. Porém, a música evolui e se começa a compreender a proposta do compositor. Ele enfatiza uma população muito abaixo das condições que consideramos humanas, no caso a população de rua. Chega a nos fazer enxergar a favela como um paraíso, quando comparada à vida nas ruas.

Choca descobrir que, apesar de representar cerca de 1% da população brasileira, o número de pessoas que vivem nas ruas ultrapassa os 2 milhões de pessoas. Apesar da falta de dados oficiais sobre essa população, tendo em vista que até 2010 o IBGE não incluía em suas pesquisas do censo demográfico nacional a população em situação de rua, pois a pesquisa era feita em residências. Conforme Sposati (2001, p. 20),

Ter um lugar, ter um endereço, ter residência, ter domicílio, ser encontrável são condições básicas para a vida urbana. É requisito de cidadania. Por isso, afirmo que uma das fortes discriminações do lugar quem sofre é o povo da rua. Este nem sequer alcança o Censo do IBGE, pois brasileiro só começa a ser gente e número de censo se estiver domiciliado. Quem não tem teto e vive sobre o solado gasto da sandália de dedo não é brasileiro. Em português claro, brasileiro que chegou à miserabilidade das ruas TÁ FORA!

A pesquisa nacional sobre a população em situação de rua, desenvolvida pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em 2007, que abrangeu um conjunto de 71 cidades brasileiras com mais de 300 mil habitantes, dentre as quais 23 capitais, identificou um contingente de 31.922 adultos em situação de rua. É preciso destacar que o estudo não abrangeu grandes capitais, como São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre, estimando-se números bem mais elevados (BRASIL, 2012).

Em novembro de 2013, por solicitação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), houve “uma pesquisa experimental na cidade do Rio de Janeiro para contabilizar e conhecer o perfil das pessoas em situação de rua que vivem na capital carioca” (BRASIL, 2014).

A definição de população de rua é difícil. O termo revela-se tão heterogêneo quanto o próprio grupo. “No Brasil, o termo consolidado expressa mais a situação do sujeito em relação à rua, e não apenas como ‘ausência de casa’, como outros países tendem a classificar” (BRASIL, 2012, p. 21). Esse grupo tem em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, utilizando os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de

sustento, de forma temporária ou permanente, e as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Idem, 2014).

Segundo Brêtas, Rosa e Cavicchiolo (2005, p.577),

São milhares de pessoas, de famílias, que vivem na e da rua, entretanto, quando organizadas, preferem a denominação de “pessoas em situação de rua”, visando caracterizar o princípio da transitoriedade desse processo de absoluta exclusão social, mesmo que, no fundo, muitos saibam que sair da rua não é tão simples. As políticas públicas voltadas a essa população são basicamente compensatórias, assistencialistas, raras vezes visam a um projeto de inclusão social.

A população de rua é classificada sob três situações distintas (BRÊTAS, ROSA E CAVICCHIOLO, 2005, p. 578.):

- ficar na rua – circunstancialmente – caracteriza transitoriedade; a pessoa possui um projeto de vida e ainda mantém fortes vínculos familiares;
- estar na rua – recentemente – implica a diminuição do contato com a família e o estabelecimento de novos vínculos na rua;
- ser da rua – permanentemente – denota a identidade e identificação com a própria rua, que passa a ser o lugar de referência e espaço de relações - o corpo e as formas de conviver e ver o mundo se modificam.

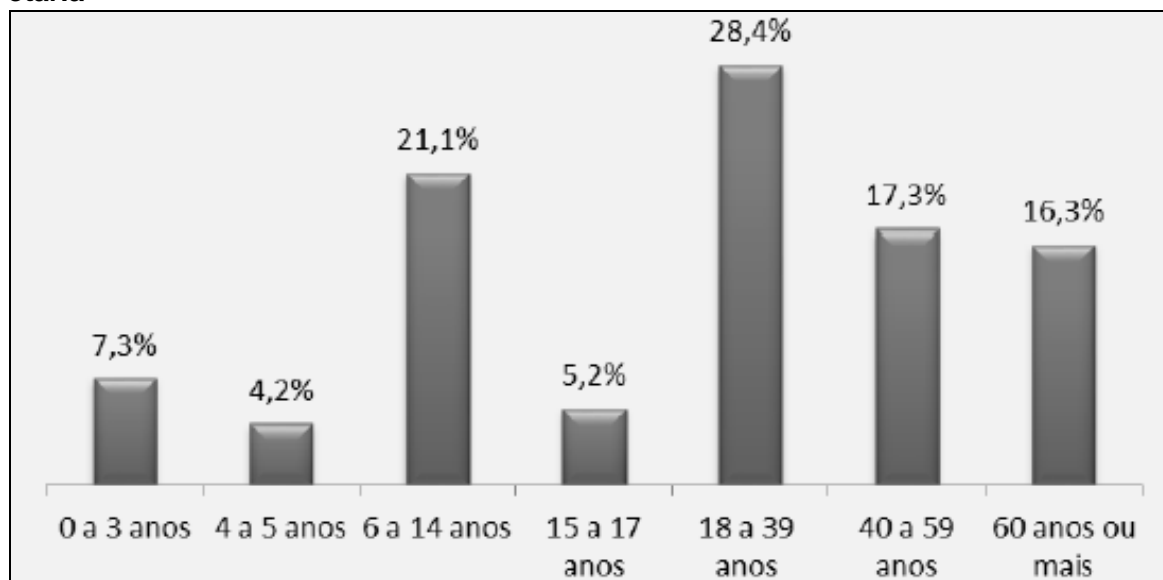
Enfatiza Spozati (2001, p. 37),

Ter um domicílio define o lugar dos cidadãos na cidade, eles passam a ter um endereço com reconhecimento oficial pela prefeitura por obrigação de registro de imóvel e prédio; da Eletropaulo, para acesso à luz domiciliar; dos Correios, para chegarem as cartas; da Sabesp, para chegar a água, e assim por diante. Ter lugar na cidade supõe ter endereço, o que pressupõe ter casa. Uma parte da população de São Paulo não tem lugar, não tem endereço. É forasteira do lugar.

A dificuldade em sair da rua se confirma quando se analisa o Censo 2010 do IBGE sobre a caracterização demográfica da extrema pobreza na

cidade de São Paulo. Há mais de 300 mil pessoas nessa situação, ou cerca de 2,9% da população total da capital paulista, conforme se observa no Gráfico 3:

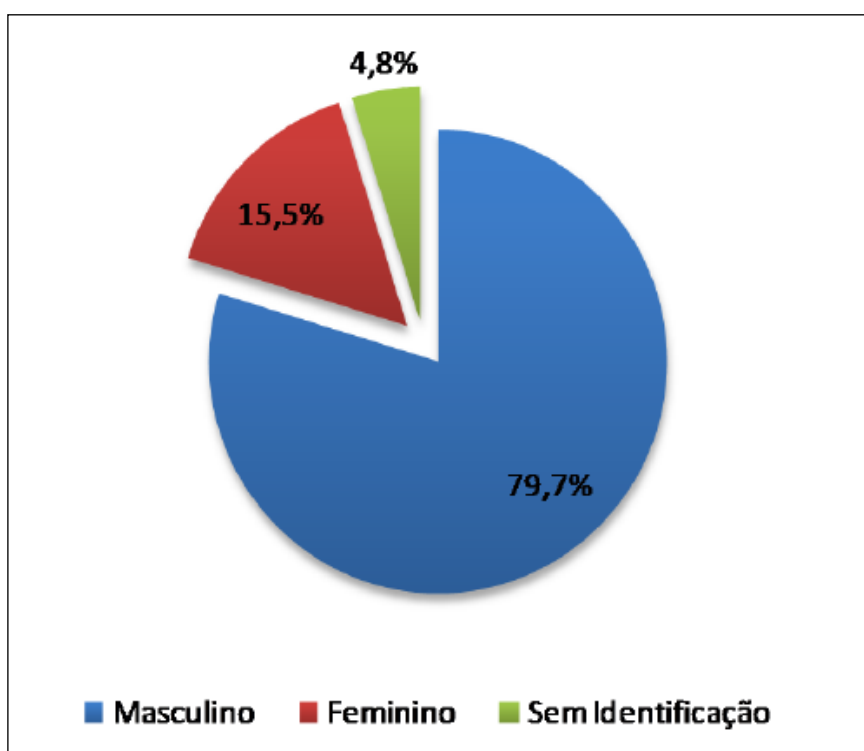
Gráfico 3 - Distribuição percentual da população extremamente pobre por faixa etária



Fonte: IBGE, 2014.

No Gráfico 3, além da faixa etária, deve-se perceber primeiramente o idoso em situação de rua, que já representa 16,3% do total dessa população na capital paulista. É igualmente importante atentar-se para a faixa anterior, de 40 a 59 anos, como alerta social. Caso não haja políticas públicas para reverter a situação do aumento da população de rua, em pouco mais de uma década os idosos se tornarão maioria no panorama apresentado. Há a tendência de que são os primeiros a serem abandonados pelas famílias, que os veem com frequência como fardo dispendioso.

Segundo dados da pesquisa nacional sobre a população em situação de rua no Brasil (BRASIL, MDS, 2008, p. 6), uma das características principais é a predominância masculina (82%), o que se confirma no censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo, desenvolvido em 2009 pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas - FIPE. Nessa pesquisa, a representação masculina é de 79,7%, conforme se observa no Gráfico 4.

Gráfico 4 - População em situação de rua na cidade de São Paulo, segundo sexo.

Fonte: FIPE, 2009.

Sobre a escolaridade, conforme mostra a Tabela 1, a pesquisa revela que o número que informou ter, no mínimo, o ensino fundamental completo, é de pouco mais de 26%.

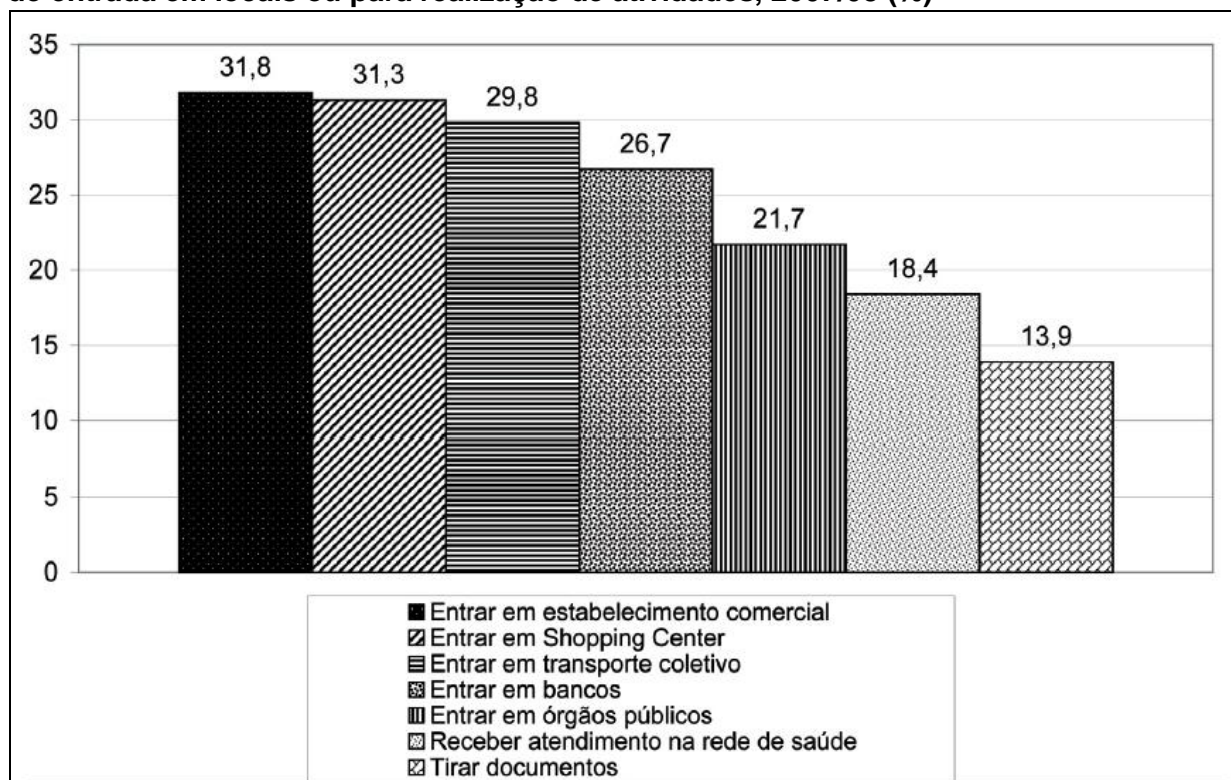
Tabela 1 - População em situação de rua segundo escolaridade, 2007/08.

<i>Escolaridade</i>	<i>F</i>	<i>%</i>	<i>%a</i>
Nunca estudou	4.175	15,1	15,1
1º grau incompleto	13.385	48,4	63,5
1º grau completo	2.854	10,3	73,8
2º grau incompleto	1.045	3,8	77,6
2º grau completo	881	3,2	80,8
Superior incompleto	190	0,7	81,5
Superior completo	194	0,7	82,2
Não sabe/Não lembra	2.136	7,7	89,9
Não sabe/Não lembra	2.787	10,1	100
<i>Total</i>	<i>27.647</i>	<i>100</i>	

Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, MDS, 2008.

A população em situação de rua sofre grande discriminação por parte da sociedade. Brêtas, Rosa e Cavicchiolo (2005) lembram que eles são vistos como “incômodos ocupantes das vias públicas”, ao mesmo tempo em que se sentem incomodados pelos olhares que lhes são direcionados. São impedidos de entrar em shoppings e estabelecimentos comerciais e mesmo tirarem documentos, conforme se observa no Gráfico 5:

Gráfico 5 - População em situação de rua segundo experiências de impedimento de entrada em locais ou para realização de atividades, 2007/08 (%)



Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, MDS, 2008.

Nota: As colunas não totalizam 100% pois a informação é coletada em quesito de marcação múltipla.

Destaca-se no gráfico a dificuldade em tirar documentos. Se aqueles com residência fixa e diversos comprovantes encontram problemas para conseguir novos documentos por ocasião de extravio ou furto, é possível imaginar a burocracia para se tirar novos documentos de quem muitas vezes não sabe o próprio nome e sobrenome. E sem documentos ficam excluídos dos programas de assistência social e de saúde, impedidos de marcar consultas médicas nos postos de saúde. Quando o conseguem, não podem buscar os remédios nas farmácias públicas. Esse é um dos exemplos extraídos das pesquisas. Segundo Brêtas, Rosa e Cavicchiolo (2005, p.578),

Se a exclusão e o desamparo os igualam frente a olhares da sociedade de uma forma geral, alguns fatores os diferenciam: os motivos que os levaram para a rua, o tempo de permanência nela e o grau de vínculos familiares existentes.

O censo de caracterização socioeconômica da população em situação de rua na cidade de São Paulo (SÃO PAULO, MUNICÍPIO, 2012), desenvolvido pela Fundação Escola de Sociologia e Política do Estado de São Paulo com a prefeitura da capital, mostra que em 2011 eram 14,5 mil pessoas vivendo nas ruas, aumento de 5,9% em apenas dois anos, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 - Número de indivíduos e variação por ano do censo e comparação com a população

Tipo de censo	Número de casos por ano		
	2000	2009	2011
Rua /Acolhido	8.088	13.666	14.478
Variação	-	31,4%	5,9%
População da capital	10.426.384*	11.168.194**	11.337.021*
Variação	-	4,4%	1,5%

Fonte: SÃO PAULO, SMADS, 2012

O aumento da população em situação de rua desencadeou diversas ações desde 1970, com o trabalho pioneiro da Organização do Auxílio Fraternal. A entidade identificou o problema na cidade de São Paulo, em diversas ações de reconhecimento aos distintos trabalhos de grupos e à exigência de programas de amparo a essa população. Culminou no final da última década com o anúncio, pelo governo federal, da Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua, que inserirá os dados dessa população no próximo Censo Nacional, permitindo oficializar e mapear a população e contribuir mais efetivamente com os programas sociais. No Quadro 2 é apresentada a evolução das ações para a população de rua na cidade de São Paulo:

Quadro 2 - Evolução das ações para o morador de rua na cidade de São Paulo

Ano	Ações
1970	- Identificação do problema na cidade e atuação da Organização do Auxílio Fraternal (OAF) ¹
1980	- Participação de grupos religiosos (primeiras iniciativas)
1984	Inauguração da Coopamare ²
1989 - 1992	- Reconhecimento pelo poder público do problema: criação dos convênios com as entidades religiosas, dando origem à rede de serviços. - Organização do 1º Fórum Nacional de Estudos da População de Rua. - Organização do 1º Fórum das Entidades envolvidas. - Primeira pesquisa sobre população de rua.
1993 - 2001	- Regulamentação do dispositivo Calahan (normatização e diretrizes para os serviços de rede). - Aprovação da Lei n. 12316/97 ³ (discutida e aprovada com entidades; trata-se do reconhecimento do morador de rua como cidadão de direitos). - Criação de rubrica orçamentária específica para população de rua. - 1ª Frente de Trabalho para a População de Rua. - Surgimento da revista Ocas. - Proliferação durante todo o período de ações higienistas de expulsão e remoção sem contrapartida, pela Prefeitura. - Confronto entre as diversas Igrejas e a Prefeitura, em virtude das ações higienistas.
2002 - 2008	Lei n. 11258, 30/12/2005, altera o parágrafo único do art 23 das LOAS – criação de programas de amparo: as pessoas que vivem em situação de rua. Constituição do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI). Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua

Fonte: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua, MDS, 2008

¹ OAF – Organização pioneira no trabalho com a população de rua.

² Primeira cooperativa de catadores de papel.

³ Tal lei, antes de ser aprovada, foi objeto de contestação e crítica na Câmara dos Vereadores. O prefeito e diversos políticos se opuseram à sua execução. Sua aprovação deve-se aos representantes das diversas Igrejas que desenvolvem trabalho com a população de rua. Convém destacar que sua aprovação final levou dez anos, durante os quais ela foi vetada e sancionada diversas vezes pelo Executivo e pela Câmara.

Entretanto, apesar das ações, a situação da população de rua na cidade de São Paulo se agrava há décadas. As ações do poder público constantemente entram em conflito com entidades religiosas e de direitos humanos, dividindo a opinião pública e de especialistas na área. São Paulo sempre foi marcadamente uma cidade de cultura higienista, com a discriminação e apartação do que não é considerado “higiênico” aos olhos de suas elites. Era indispensável “limpar” a cidade das pestes e dos “venenos sociais”; para tanto, competia à medicina higiênica o controle político das populações (SPOSATI, 2001, p. 25).

Exemplo recente das ações promovidas pelo poder público paulista refere-se ao que ocorreu na região da cidade conhecida como cracolândia. Segundo FRAZÃO (2014), em reportagem publicada no site da revista Veja, em maio de 2014, com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, atualmente existem 30 novas “cracolândias” na região metropolitana de São Paulo, principalmente nos bairros das periferias. Destaca:

“O crescimento de cracolândias nas periferias costuma ser associado por estudiosos do tema a operações de remoção mal-sucedidas no passado, como a promovida pela Polícia Militar em janeiro de 2012. A PM ocupou a região central e tentou dispersar a aglomeração de usuários e sufocar as vendas de traficantes, ao passo que a prefeitura passou a limpar as ruas e demoliu uma série de casebres onde os dependentes se escondiam. O fluxo de usuários na Luz diminuiu, e supõe-se que muitos deles tenham migrado de vez para outros locais. Mas não houve monitoramento adequado para comprovar a migração”. (FRAZÃO, 2014)

A Figura 1 mostra a distribuição dos panoramas dos pontos de crack e drogas na região metropolitana de São Paulo.

Quadro 3 - Número de indivíduos por situação de abordagem e grupo etário

Grupo etário	Vivendo na rua	Acolhido	Total
Idoso	524	931	1.455
Adulto	4.201	2.801	7.002
Adolescente	179	42	221
Criança	42	170	212
Sem informação	1.819	3.769	5.588
Total	6.765	7.713	14.478

Fonte: SÃO PAULO, SMADS, 2012

A partir do quadro é possível refletir que a população em situação de rua está envelhecendo. Afinal, em que condições de saúde estão vivendo, tendo em vista que é comum identificar nessa população diversos problemas clínicos, como infestações por escabiose⁴ e pediculose⁵, tuberculose⁶, DST⁷, HIV⁸, aids⁹, hipertensão, diabetes, doenças pulmonares crônicas, além das associadas ao álcool, drogas e falta de higiene corporal e bucal (BRASIL, 2012, p.57). Se é difícil para os mais jovens saírem das ruas pela falta de oportunidades, a situação se agrava para os idosos que, culturalmente, são considerados inúteis, especialmente se estiverem acometidos de enfermidades.

Vale destacar ainda do Quadro 3 que, diferentemente dos adultos, a maioria dos idosos em situação de rua vive em abrigos ou centros de acolhimento de idosos. Porém, nem sempre há infraestrutura adequada e pessoal qualificado para atendimento em saúde. A primeira resposta seria que “qualquer coisa” é melhor que estar nas ruas, mas do ponto de vista da saúde do idoso pode não ser verdade. Colocá-los em situação de superlotação e total falta de higiene e limpeza propiciaria a disseminação de doenças que, em

⁴ Escabiose – sarna.

⁵ Pediculose – piolho.

⁶ Tuberculose – doença infectocontagiosa que afeta principalmente os pulmões.

⁷ DST – Doença sexualmente transmissível.

⁸ HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana.

⁹ Aids- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. É o estágio mais avançado da doença que ataca o sistema imunológico.

muitos casos, leva ao agravamento de problemas de saúde preexistentes. Há uma saúde debilitada pelo convívio nas ruas ou longos períodos de vício em álcool e drogas; 49,5% alegaram ser o consumo excessivo dessas substâncias o principal motivo que os levou a sair da moradia original (SÃO PAULO, MUNICÍPIO, 2012).

Em obras sociais, como na Missão Belém (2012), os idosos ficam abrigados integralmente nas unidades de acolhimento, não sendo permitido sair sem o acompanhamento dos missionários, evitando o retorno às drogas. Essas unidades funcionam como repúblicas, com divisão de tarefas e responsabilidades aos moradores em boas condições físicas e mentais, mantendo a organização e higiene do local. Não raro ocorrem atritos pelo confinamento e abstinência de drogas. Segundo Brêtas (2010, p.2),

O agravamento dessa situação pode ser constatado quando o cenário observacional passa a ser a rua e/ou logradouros públicos dos grandes centros urbanos, nos quais é cada vez mais frequente nos depararmos com pessoas duplamente excluídas - por serem pobres e por serem idosos.

Deve-se compreender os principais motivos que levam o idoso para a rua. No trabalho voluntário da pesquisadora na Missão Belém, em uma visita a uma das casas de acolhimento conversei informalmente com seis idosos. Ao lhes perguntar sobre os motivos que os levaram para a rua, quatro relataram o alcoolismo; dois não explicaram o motivo. Apesar da escassez de dados sobre o idoso na rua e os principais motivos que os conduzem a essa realidade, os dados do Censo sobre a população de rua na cidade de São Paulo (SÃO PAULO, MUNICÍPIO, 2012) revelam que os principais motivos são o desentendimento com familiares e o desemprego, conforme o Quadro 4:

Quadro 4 - Motivos que levaram os entrevistados a sair de sua habitação original

Posto	Motivo	%
1º	Desentendimento com familiares	42,0
2º	Demissão do trabalho	16,1
3º	Problemas com a justiça	6,6
4º	Tentar a vida em São Paulo/Emprego	6,3
5º	Falecimento de familiar próximo	6,3
6º	Separação conjugal	5,9
7º	Despejo por falta de pagamento do aluguel	5,2
8º	Processo de desapropriação da Moradia	3,2
9º	Problema de saúde	2,0
10º	Viuvez	0,2
-	Outros Motivos	2,3
-	Não lembra/Não respondeu	3,9
Total		100,0

Fonte: São Paulo (2011, p.77).

O Censo (2011, p.77) destaca ainda que entre os principais motivos do desentendimento com familiares, “40,4% falaram que os motivos foram brigas, 26,3% que foi o excesso de consumo de álcool, 23,2% o consumo de substância psicoativa e 6,7% por causa de desemprego”.

Com o intuito de fornecer melhores condições para a população que mora nas ruas, a Lei n.º 12.316 (16 de abril de 1997), em seu artigo 1º, define:

O poder público municipal deve manter na cidade de São Paulo serviços e programas de atenção à população de rua, garantindo padrões éticos de dignidade e não violência na concretização de mínimos sociais e dos direitos de cidadania a esse segmento social, de acordo com a Constituição Federal, a Lei Orgânica do Município de São Paulo e a Lei Federal n.º 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (LOAS).

Reconhecendo esse grupo populacional como detentor de direitos, foi criada a Política Nacional para a População em Situação de Rua, por meio do Decreto 7053, de 23 de dezembro de 2009, que estabelece diretrizes, princípios e objetivos a serem alcançados para o fortalecimento da cidadania de pessoas nessa condição. As demandas devem assegurar seus direitos humanos. Desde então, a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da

República iniciou a articulação governamental de ações para a população em situação de rua, especialmente com os Ministérios da Educação, Saúde, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Cidades, Cultura, Esporte e Justiça. A pactuação pretende implantar a política nacional traduzida para a realidade de cada município (IBGE, 2011).

Entretanto, é histórica no Brasil a diferença entre a legislação e sua concretização em programas efetivos que garantam direitos. Objetivamente, a população de rua não tem impacto político na eleição de governantes. Ao contrário, buscam atender aos desejos de uma sociedade capitalista que enxerga no morador de rua um custo para as cidades. Segundo Brêtas e Pereira (2011, p. 18),

Esta questão paradoxal está presente no cotidiano da rua, não raras vezes causando sofrimento e adoecimento psíquico-físico nos trabalhadores das áreas da Saúde e da Assistência Social que, comprometidos com as pessoas em situação de rua, vivem a impotência da ação frente às medidas com forte tendência higienista (também governamentais) que vão na contramão do cuidado ético.

Hoje, em distintas sociedades, envelhecer é privilégio, um ganho. Porém, quando se trata do idoso em situação de rua, envelhecer significa ficar mais vulnerável às agressões e violências por parte da sociedade e do poder público, que não dispõe de estruturas adequadas e seguras para esse idoso, e dos próprios moradores de rua mais jovens e viciados em drogas.

Gutierrez (2009), em seu artigo “Reflexões bioéticas sobre o processo de envelhecimento e o idoso morador de rua”, descreve um estudo com a pessoa idosa que esteve em situação de rua. Os relatos revelam a violência contra essa população e sua vulnerabilidade diante das maiores preocupações, fato que justifica os motivos de os idosos, especialmente quando acometidos de enfermidades, serem os menos resistentes a ir para instituições de acolhimento. Levantou-se o seguinte dilema ético: até que ponto a longevidade nas ruas é considerada um ganho?

Brêtas, Rosa e Cavicchiolo (2006, p.152), citados por BRÊTAS e PEREIRA (2011), alertam que na esfera da ética se compreenderá que é

urgente romper com a onipotência dos discursos políticos e técnicos para viabilizar o cuidado à pessoa em situação de rua, especialmente a pessoa idosa. Deve-se integrar pelo menos a Saúde e a Assistência Social, “sem abandonar a crença na construção de uma sociedade justa, na qual os seres humanos não necessitem morar nas ruas”. Brêtas e Pereira (2011, p. 17) destacam:

esta demanda extrapola as áreas da Gerontologia e da Saúde, e que é no âmbito da Ética que compreenderemos que o processo saúde-doença-cuidado na situação de rua requer o esforço concentrado de toda a sociedade – não só a acadêmica - para buscar formas para minimizar as desigualdades que “deixam” nas ruas de São Paulo milhares de pessoas envelhecendo precariamente.

A ética do cuidado deve estar presente na formação e atuação do cuidador, voluntário ou profissional, a fim de promover à pessoa atendida as condições imprescindíveis para sua recuperação ou apenas o conforto em situações extremas e/ou paliativas.

III – O cuidar e o cuidador de pessoa idosa

Cuidado é aquela força originante que continuamente faz surgir o ser humano. Sem ela, ele continuaria sendo uma porção de argila como qualquer outra à margem do rio, ou um espírito angelical desencarnado e fora do tempo histórico. Boff (2011, p. 101)

O crescimento da população idosa no Brasil e da expectativa de vida dos brasileiros impulsiona um mercado de serviços e produtos voltado a esse público e profissionais especializados no atendimento às exigências e especificidades características. Exemplo é a grande demanda por cuidadores de pessoas idosas nos últimos anos.

O termo cuidador remete imediatamente à ideia de cuidado, cuidar, ou conforme destacado no dicionário (Houaiss, 2014), “que ou quem cuida, toma conta (de alguém ou algo), que ou aquele que se mostra zeloso, diligente para com outrem”. Porém, essas definições, que convergem ao senso comum, são

muito simplistas para definir o que é o cuidado e, por consequência, o papel de um cuidador. Boff (2011, p.91), ressalta:

Cuidado significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Estamos diante de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. A atitude do cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade. Por sua própria natureza, cuidado inclui duas significações básicas, intimamente ligadas entre si. A primeira, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda, de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro.

Segundo Neri (2008, p. 105), “cuidar implica responsabilidade, palavra que remete à ideia de responder pelo outro. Implica respeito, que significa olhar para o outro, ou seja, de conhecê-lo e levar em conta as suas características e os seus desejos”.

Com isto, passamos a compreender o cuidado como algo além dos cuidados com o corpo, das condições físicas e do físico, decorrentes de uma doença ou limitação. Há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada. Conforme destacado por Boff (2011, p.91),

o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim. Passo então a dedicar-me a ele; disponho-me a participar de seu destino, de suas buscas, de seus sofrimentos e de seus sucessos, enfim, de sua vida.

A visão mais ampla do cuidar propicia ao cuidador melhores condições para prestar um cuidado de forma individualizada, a partir de suas ideias, conhecimentos e criatividade. Leva em consideração as particularidades da pessoa cuidada, aprendendo a ouvir e respeitar as demandas provenientes do idoso, especialmente quando estamos tratando de idosos em situação de rua, que exige muitas vezes romper com barreiras morais e preconceitos. Segundo Boff (2011, p.89), “o cuidado possui uma dimensão ontológica que entra na constituição humana, É um modo de ser singular do homem e da mulher. Sem

cuidado deixamos de ser humanos”. Utilizando o conceito “ética do cuidado”, Brêtas e Pereira (2011, p.18) destacam:

Partimos da premissa de que o Cuidado pertence à essência do ser humano; desta maneira, só conseguimos ‘ser’ no mundo por meio do Cuidado de si, do outro e pelo outro. A Ética do Cuidado pressupõe o respeito a essa premissa, na qual a dimensão do autocuidado assume um significado importante.

No que se refere ao cuidador profissional, o Ministério do Trabalho e Emprego reconhece o cuidador de pessoas idosas como ocupação, e não uma profissão que, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO, sob o código 5162, define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.

A inclusão de cuidador e de idosos na CBO ocorreu em 2002; as atribuições formais do cuidador referem-se de maneira geral à ajuda nos hábitos da vida diária, exercícios físicos, uso da medicação, higiene pessoal, passeios, atenção afetiva e outros que essa atividade requeira.

A CBO descreve ainda o cuidador como pessoa capacitada a auxiliar o idoso e a idosa que apresentam limitações para as atividades da vida cotidiana, fazendo um elo entre idoso e idosa, família e serviços de saúde ou da comunidade. O cuidador pode ser alguém da família ou da comunidade.

No Brasil, a primeira experiência na organização de cuidador do idoso e da idosa ocorreu em 1998 por iniciativa do Ministério de Previdência e Assistência Social, em colaboração com a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, em função do primeiro curso de capacitação para multiplicadores de cuidadores de idosos, com o título “Curso de aperfeiçoamento: o processo de cuidar do idoso”.

Foi elaborado posteriormente o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, criado pela Portaria Interministerial 5.153/1999. A proposta desse programa é que as pessoas ou instituições que desenvolvem atividades nesse campo, em seu Estado ou município, procurem se adequar à realidade, a partir de uma diretriz maior, uniformizada, moderna e competente.

O Ministério da Saúde reconhece duas categorias de cuidadores: formais e informais. O cuidador formal é a pessoa capacitada a auxiliar o idoso que apresenta limitações para as atividades e tarefas da vida cotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família, serviços de saúde e da comunidade, mediante uma remuneração. O cuidador informal é aquele que presta cuidados à pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar, não remunerado.

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003) prevê, no artigo 18, que “as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda” (BRASIL, 2003).

Na Política Nacional da Saúde da Pessoa Idosa um dos desafios encontrados é o número insuficiente de serviços de cuidado domiciliar ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Sendo a família, normalmente, executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia Saúde da Família papel fundamental.

Em relação às questões trabalhistas, quando o empregador for pessoa física, o cuidador de pessoa idosa estará sujeito à legislação relativa ao empregado doméstico (Lei 5.859/72), embora seja proibido desempenhar serviços domésticos de natureza geral. Atualmente são bastante discutidos os direitos dos cuidadores, com a nova lei das domésticas (Emenda Constitucional 72). Várias famílias, sem condições de manter os cuidadores, procuram as instituições de longa permanência para o idoso receber os cuidados imprescindíveis.

Mas nessa Emenda foram levantados outros aspectos, a serem discutidos e analisados, sobre a situação do profissional que presta cuidado não apenas à pessoa idosa, mas a portadores de doença mental e deficiência física. Segundo dados do Ministério do Trabalho, existem cerca de 10 mil profissionais identificados como cuidadores de idosos na carteira de trabalho.

O projeto de lei que cria a profissão de cuidador de idosos (nº. 284 de 2011) foi aprovado pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) em 18/09/2013, e aguarda Audiência Pública para debater o projeto. A lei pretende fornecer aos cuidadores o devido amparo legal, já concedido a outras profissões consolidadas. Na discussão do projeto de lei, o Conselho Regional de Enfermagem (Coren-SP) manifestou-se contra pontos específicos do texto, que colidem com atribuições do auxiliar e técnico de enfermagem e da responsabilidade imposta ao enfermeiro na prescrição dos cuidados prestados pelo cuidador. O Coren, com isso, solicitou revisão do projeto de lei.

O artigo 3º do projeto descreve que é vedado ao cuidador de idoso o desempenho de atividade de competência de outras profissões da área de saúde, legalmente regulamentadas. Na discussão do projeto de lei foi levantada a acessibilidade do serviço para todos os idosos, independentemente da classe social.

Entende-se que o cuidador não pode ser resultado de improvisação, e que é essencial ter uma formação de modo que seja sistematizado o cuidado. Conforme o artigo 1º, o cuidador de idoso é o profissional que, no âmbito domiciliar de idoso ou de instituição de longa permanência para idosos, desempenha funções de acompanhamento de idoso, notadamente:

- a) prestação de apoio emocional e na convivência social do idoso;
- b) auxílio e acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição;
- c) cuidados de saúde preventivos, administração de medicamentos de rotina e outros procedimentos de saúde;
- d) auxílio e acompanhamento no deslocamento de idoso.

O idoso que vive em situação de rua e tem a capacidade de deambular e realizar o autocuidado, continuará a buscar formas de sobreviver nas ruas. Porém, desde o momento em que essas capacidades se rompem pelo acometimento de alguma enfermidade, não consegue mais continuar sozinho nas ruas. E então busca ou aceita o convite de instituições de acolhimento, provisória ou definitivamente. Os cuidados dessas entidades devem ter em mente o que alertam Brêtas et. al (2010, p. 6):

O idoso em situação de rua perde, ou tem diminuído o poder de escolha. Isso influencia diretamente a capacidade que o indivíduo tem de se cuidar e limita de certa forma a maneira com que irá manter e usufruir sua saúde. A rua, enquanto um ambiente hostil, que não garante condições básicas de vida, interfere na saúde mental das pessoas que nela são obrigadas a viver. Ocorre um processo gradual da perda da autoestima, interferindo sobremaneira no autocuidado.

A orientação aos cuidadores de idosos deve ser no aspecto de saúde e de afetividade, socialização, buscando criar vínculos e relações de confiança que possibilitem desenvolver um melhor trabalho com a pessoa idosa, atendendo a suas exigências, que vão além das materiais. Segundo Brêtas, Rosa e Cavicchiolo (2005, p. 581),

A realidade, no trabalho com essa população, revela pessoas carentes não só de recursos materiais, mas carentes de atenção, carinho e amor. Acreditando que o cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim, nesse prisma a identificação do profissional com os sujeitos que receberão o cuidado é imprescindível. Para cuidar de pessoas em situação de rua precisa-se atribuir um significado de humanidade ao cuidado e acreditar na possibilidade de transformação da realidade posta.

Uma discussão que emerge dos depoimentos dos cuidadores durante as orientações é quanto à privacidade dos idosos nas casas de acolhimento, principalmente os mais debilitados, nas situações de banho e troca de fraldas. Pensar no cuidado do corpo remete a uma atitude que requer privacidade.

Para o idoso em situação de rua a privacidade deixa de existir; ele cria estratégias para conseguir se cuidar o mínimo indispensável à sua

sobrevivência, e pode ser um dos principais motivos da dificuldade em utilizar albergues. São locais sem grande privacidade, que estipulam horários para higiene, alimentação, entrada e saída do local, disciplinando de certa forma o cuidar de seu corpo. Quando se encontra debilitado, dependente de pessoas desconhecidas para cuidados básicos, como higiene íntima e banho, sente-se constrangido e envergonhado. É essencial ao cuidador ter a sensibilidade de evitar comentários ou gestos, mesmo faciais, que interpretem descaso, evitando brincadeiras inadequadas.

IV - Contexto da pesquisa: Missão Belém

O embrião da Missão Belém ocorreu em 2000, quando um padre e uma irmã missionária começaram a trabalhar com os meninos e o povo de rua, nas ruas de São Paulo. O primeiro encontro dos missionários com os meninos de rua aconteceu no Vale do Anhangabaú. Entretanto, a fundação da Missão Belém se deu no dia 1º de outubro de 2005, pelo padre Giampietro Carraro, iniciando suas atividades na Itália e no Brasil, na Arquidiocese de São Paulo, prestando assistência aos mais pobres e necessitados, principalmente o povo de rua.

O surgimento da Missão Belém ocorre em um contexto de grande discussão e mobilização nacional sobre a situação da população de rua nas grandes capitais do país. O “documento de reunião técnica para fortalecimento da inclusão para a população em situação de rua no cadastro único para programas sociais e vinculação a serviços socioassistenciais” do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, órgão do Ministério do Desenvolvimento Social – MDS, destaca alterações na legislação e acontecimentos e movimentos de entidades sociais na busca de garantir os direitos e assistência à população de rua:

- 1988: Constituição Federal;
- 1995: Grito dos Excluídos;
- 2001: Seminários Nacionais e 1º Congresso Nacional dos Catadores de Materiais Recicláveis e 1ª Marcha do Povo da Rua;

- 2004: morte de moradores de rua em São Paulo;
- 2004: Política Nacional de Assistência Social - PNAS, que assegura cobertura à população em situação de rua;
- 2005: Movimento Nacional da População de Rua;
- 2005: Lei nº 11.258, 30/12/05 altera o parágrafo único do art. 23 das LOAS: “Na organização dos serviços da Assistência Social serão criados programas de amparo: II - às pessoas que vivem em situação de rua”. Estabelece a obrigatoriedade de criação de programas direcionados à população em situação de rua, no âmbito da organização dos serviços de assistência social, numa perspectiva de ação intersetorial;
- 2005: 1º Encontro Nacional sobre População de Rua em Situação de Rua;
- 2006: decreto, de 25 de outubro de 2006, que constitui Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua;
- 2006: Portaria MDS nº 381, de 12 de dezembro de 2006, do MDS – Cofinanciamento de serviços continuados de acolhimento institucional para a população em situação de rua. Municípios com mais de 250 mil habitantes;
- 2007/2008: Pesquisa Nacional da População em Situação de Rua;

Em São Paulo, o grande destaque nesse período foi a violenta onda de ataques aos moradores de rua, ocorridos na Praça da Sé, com grande repercussão na imprensa nacional e internacional. Conhecido como “O massacre da Praça da Sé”, oito pessoas foram mortas a pauladas nos dias 19 e 22 de agosto de 2004, cinco agredidas e feridas na cabeça; nos dias seguintes outras nove foram dadas como desaparecidas, sendo que algumas teriam testemunhado os assassinatos (SOUZA, 2004);

Diversas entidades se manifestaram repudiando a violência contra os moradores de rua; destacam-se o Movimento Nacional da População de Rua - MNPR e a Pastoral do Povo da Rua, ligada à Igreja Católica, da qual faz parte a Missão Belém.

No início, na Missão Belém havia apenas uma casa de restauração, que acolhia dez moradores de rua, um casal que acolhia os meninos de rua e duas mulheres. Progressivamente as pessoas passaram a se unir ao objetivo principal da Missão, que é evangelizar o povo da rua. Ao término do primeiro ano já havia 12 casas de restauração. A aprovação canônica da Missão Belém aconteceu em 16/07/2010, pelo arcebispo de São Paulo.

Atualmente, a Missão está presente em três países - Brasil, Haiti e Itália, com 100 casas nas quais estão acolhidas 1400 pessoas. Na missão do Haiti está sendo construído um Centro de Acolhida para 500 crianças e 200 mães. Atuam na missão cerca de 70 missionários, 14 casais acolhedores, 200 membros responsáveis pelas casas de acolhimento e pelos grupos de evangelização, havendo mais de 7 mil colaboradores, sobretudo no Brasil e Itália.

Há diversas casas localizadas na região metropolitana de São Paulo, sendo algumas destinadas ao acolhimento de idosos em situação de rua, muitos dos quais com histórico de dependência química. Diferentemente dos albergues públicos, ficam abrigados integralmente, não lhes sendo permitida a saída sem o acompanhamento dos missionários e monitores, a fim de evitar o retorno às drogas e ao álcool.

As unidades de acolhimento funcionam como repúblicas, com capacidade média de 20 a 25 pessoas, com divisões de tarefas e responsabilidades aos moradores com condições físicas para assumir funções na cozinha, limpeza, organização da casa, higiene das roupas, gestão dos recursos doados. Por fim, como cuidadores dos idosos mais debilitados e/ou acamados que demandam auxílio para banho e higiene pessoal, administração de medicamentos ou dietas especiais, conforme orientação médica, acompanhamento em consultas ou exames e curativos, a partir de orientação dos profissionais do Programa de Saúde da Família que visitam as casas.

Os cuidadores são voluntários e ex-moradores em situação de rua que se dedicam integralmente à obra da Missão Belém. Na maioria dos casos, jovens usuários de álcool e drogas, em geral o crack, que encontraram no

trabalho da Missão um modo de retribuir o tratamento que recebem para vencer o vício. Ao mesmo tempo se ocupam para continuar distante delas e das ruas, na esperança de novas oportunidades de vida.

Existem outras casas da Missão que acolhem jovens e adultos viciados em drogas e que demandam cuidadores. Mas diversos cuidadores se identificam com os idosos e preferem trabalhar nas casas de acolhimento a eles destinadas, mesmo frente às demandas do trabalho árduo de cuidar dos acamados.

A partir de dezembro de 2012, o Governo do Estado de São Paulo, por meio das Secretarias de Estado de Desenvolvimento Social, Saúde, Justiça e Defesa da Cidadania e do Emprego e Relações do Trabalho, por conta do trabalho reconhecido internacionalmente, firmou convênio com a Missão Belém para auxiliar o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, com a abordagem social aos dependentes químicos em situação de rua. Porém, em 2013, o convênio não foi renovado, mantendo-se apenas por meio das doações voluntárias e das entidades católicas.

A proposta da Missão Belém é que cada casa de acolhimento seja uma família, tendo como filosofia ser “uma família para quem não tem família”. Seria assim um rearranjo familiar, na qual idosos e jovens cuidadores interagem, nascendo daí a relação intergeracional.

V - Relação intergeracional e rearranjo familiar

Ao tratar da geração, Debert (1998, p.60) afirma que “não se refere a pessoas que compartilham a mesma idade, mas às que vivenciaram determinados eventos que definem trajetórias passadas e futuras”. Quando se analisa a relação intergeracional, a primeira ideia prende-se à relação entre pais e filhos, netos e avós, remetendo ainda à imagem de uma formação nuclear de família. Porém, segundo Sarti (2001, p. 92),

a família se define pelo seu sentido social. Assim, ela não corresponde à soma de indivíduos unidos por laços biológicos, mas pelos elementos significantes que criam os elos de sentido nas relações familiares, sem os quais essas relações se esfacelam, precisamente pela perda ou inexistência de sentido.

O conceito de família entre a população em situação de rua se aproxima do rearranjo citado por Sarti (2001, p.92), em que o elo mais comum é o da sobrevivência, do desejo de cuidar e ser cuidado por alguém. É possível observar nas ruas de grandes metrópoles verdadeiras comunidades que se ajudam mutuamente, repartindo o pouco que conseguem mendigando nos faróis e esquinas da cidade.

No rearranjo familiar adotado pela Missão Belém, com a filosofia de formar “uma família para quem não tem família”, as casas de acolhimento voltadas ao acolhimento dos idosos são organizadas a fim de que os mais jovens assumam as tarefas e responsabilidades na organização e manutenção da casa. Por exemplo, cozinha, limpeza, higiene das roupas, e cuidado aos idosos, prioritariamente os acamados, auxiliando-os no banho e higiene pessoal, administração de medicamentos e/ou dietas especiais conforme orientação médica, acompanhamento em consultas ou exames, e curativos, a partir de orientação de um profissional da saúde.

Nessas casas de acolhimento de idosos as relações que se estabelecem entre os jovens e os idosos acolhidos são marcantes, transcendendo o simples cuidar. Há uma relação intergeracional caracterizada por amizade, carinho e respeito. Os jovens tratam os idosos por “avô”, “vozinho”, às vezes por solicitação do idoso. Segundo Magalhães, entende-se intergeracionalidade o

estudo e prática das relações espontâneas entre gerações e da indução e institucionalização de relações intergeracionais, utilizando campos de ação próprios, com métodos e técnicas utilizados por agentes sociais, facilitadores e catalisadores das aproximações e interligações (MAGALHÃES, 2000, p. 41).

Essas relações são descritas nos relatos espontâneos dos cuidadores mais jovens, que praticamente “mergulham” nas histórias dos idosos e se impressionam ao aprender palavras, conceitos e culturas, identificando-se com

sua história de vida. Os idosos, por sua vez, tentam mostrar aos jovens como as drogas destroem a vida, levando-os ao abandono pela família e amigos, vivendo nas ruas e das ruas. Conforme Dumazedier (1992, p. 9):

As velhas gerações continuam a ter uma função de transmissão de conhecimentos às novas gerações. Há uma atitude seletiva com respeito aos ensinamentos da tradição e às lições da experiência, seja no trabalho, seja nas relações sociais, na vida familiar, no lazer etc., porque as pessoas idosas representam, antes de mais nada, uma memória coletiva. Se elas não transmitirem esse tipo de saber, quem o fará?

Os jovens cuidadores têm como orientação tentar extrair informações referentes à história de vida dos idosos, especialmente dos recém-chegados, a fim de facilitar o trabalho da Missão na localização de parentes e amigos. Vários idosos chegam das ruas sem documentos, e a maioria tem receio em expor detalhes de sua vida aos demais moradores da casa. Geralmente uma fuga às duras lembranças dos motivos que os levaram para as ruas e sua permanência nelas. Oliveira (2011, p.4) destaca:

As relações intergeracionais podem ser entendidas como vínculos que se estabelecem entre duas ou mais pessoas com idades distintas e em diferentes estádios de desenvolvimento, possibilitando o cruzamento de experiências e contribuindo para a unidade dentro da multiplicidade. Os agentes dessa prática reúnem características e necessidades muito próprias, fato que enriquece a relação e motiva a continuidade da mesma. Ao pensarmos a questão das relações intergeracionais, entendemos que cada geração tem interesses próprios, decorrentes das vontades individuais e das influências políticas, econômicas, sociais e culturais, como podem ter interesses comuns diante de determinadas questões relacionadas à vida, à atualidade, à política; e por essa diversidade é que surge a possibilidade de transmitir e adquirir novos saberes a partir das semelhanças e diferenças de cada geração.

Observa-se nos relatos dos cuidadores da Missão Belém que a tarefa de coletar informações sobre os idosos envolve diversos aspectos - políticos, sociais e culturais. Eles se identificam com histórias e experiências de ambas

as gerações, contribuindo para o estabelecimento de uma relação positiva e essencial entre o idoso e seu cuidador.

Por outro lado, com frequência essa relação fica tão próxima que afeta significativamente o cuidador quando da ocorrência de agravamento do estado de saúde do idoso, já debilitado, ou mesmo seu falecimento. É imprescindível cuidar do cuidador. Não sendo profissional de saúde, não possui o preparo psicológico para tais situações, especialmente pelo fato de ser um ex-morador de rua, em tratamento contra o vício das drogas, e que pode ser comprometido em situações de grande estresse. Cuidar do cuidador é essencial.

3. Metodologia

Características da pesquisa

Com o objetivo de investigar como os moradores de rua acolhidos pela Missão Belém se tornaram cuidadores de idosos, optou-se por uma pesquisa com abordagem qualitativa, porque permite a compreensão da subjetividade e singularidade dos indivíduos que viviam na rua. Sair da rua e da absoluta exclusão social não é tarefa fácil. Como lembram Brêtas, Rosa e Cavicchiolo (2005, p.577), são milhares de pessoas, de famílias, que vivem na e da rua.

A pesquisa qualitativa, conforme enfatiza Minayo (1994, p.21),

se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Entre as principais estratégias de investigação da pesquisa qualitativa, a que mais se aproximou dos objetivos deste trabalho foi a observação participante, porque permite falar do engajamento do pesquisador na cena social, experienciando e procurando compreendê-la.

A observação participante possibilita aos pesquisadores presenciar as ações das pessoas em situações diferentes. Faz-se rotineiramente uma miríade de perguntas a respeito das motivações, crenças e ações. Na observação participante, o pesquisador é o meio pelo qual isso acontece. Por isso, May (2004, p.201) assinala que uma das vantagens principais da observação participante é a sua flexibilidade.

Escutando e vivenciando as experiências dos cuidadores de idosos das casas de acolhimento da Missão Belém, considerados excluídos por viverem em situação de rua, as impressões são formadas e as teorias consideradas, refletidas, desenvolvidas e modificadas. A observação participante não é um método fácil de utilizar ou analisar, mas a despeito dos argumentos dos seus críticos, é um estudo disciplinado e sistemático que, se bem desenvolvido,

auxilia sobremaneira o entendimento das ações humanas, provocando novas maneiras de ver o mundo social (May, 2004, p. 202).

May destaca os seguintes aspectos positivos dessa estratégia de investigação:

Primeiro, é menos provável que ele leve os pesquisadores a impor a sua própria realidade sobre o mundo social que eles buscam entender. Segundo, o processo de entendimento da ação é omitido em outras formas de pesquisa, e como e por que as pessoas mudam não é entendido. Terceiro, durante as entrevistas podem se expressar diferenças culturais ou de linguagem. Nesse caso, os observadores podem registrar as suas próprias experiências para entender o universo cultural que as pessoas ocupam (experiências subjetivas) e transmitir essas observações para um público maior (a partir das anotações de campo) ao explicar seus dados (estrutura teórica). (2004, p.180)

A observação participante é o método de pesquisa social cuja aplicação e análise é a mais exigente e difícil. Utilizando essa metodologia, espera-se compreender a trajetória dos cuidadores desde seu acolhimento das ruas até a assunção das atividades dos cuidados aos idosos. May ressalta ainda:

o pesquisador deve estabelecer e manter relacionamentos com pessoas com as quais possa ter pouca afinidade pessoal; fazer numerosas anotações sobre o que normalmente pareceriam acontecimentos ordinários; possivelmente correr algum risco pessoal no campo, e, então, como se não bastasse, passar meses fazendo análise depois do trabalho de campo. É um dos métodos mais recompensadores, que gera compreensões fascinantes sobre os relacionamentos e as vidas sociais das pessoas e, de modo mais geral, ajuda a transpor a lacuna entre o entendimento dos estilos de vida alternativos das pessoas e os preconceitos com que a diferença e a diversidade defrontam-se com tanta frequência. (2004, pp.180-181)

A observação participante não é simplesmente “ficar por aí”, pois envolve tornar-se parte de um grupo ou organização para entendê-los. O primeiro passo para o pesquisador tomar parte desse grupo é ser aceito. O período de “inserção” em uma situação é fundamental, analítica e pessoalmente. Pode acontecer alguma ação “estranha” ao observador, talvez

“familiares” para as pessoas que fazem parte do estudo. Entretanto, a forma como as pessoas gerenciam e interpretam a vida cotidiana é condição relevante ao entendimento de uma cena social. Quando se fala em ação “estranha”, é o momento que se vivencia uma cena nova; depois de um tempo, ela torna-se mais familiar. Aspecto a ser ressaltado na observação participante é compreender “como” as pessoas conseguiram tal familiaridade (May, 2004, p.184).

Com o objetivo de me tornar parte de um grupo, comecei a visitar com frequência casas mantidas pela Missão Belém que acolhem idosos em situação de rua. O propósito era orientar os cuidadores que atuam no cuidado à pessoa idosa. Primeiramente tudo parecia estranho - para mim como observadora e para as pessoas envolvidas no estudo. O simples gesto de tocar e olhá-los se mostrava uma cena nova, causando certa estranheza. Mas fui me familiarizando com o cenário, o vínculo se fortalecia, propiciando um melhor desempenho da pesquisa.

A partir de fevereiro de 2013 comecei a participar do curso São Lucas, que acontece mensalmente, com duração de dois dias. Participam de 20 a 30 pessoas, que já estão há algum tempo na Missão.

O objetivo principal do curso é evangelizar as pessoas acolhidas e orientá-las sobre como funcionam a Missão Belém e as casas de acolhimento, regras, rotinas e distribuição de tarefas. Ao término do curso são enviados às casas de acolhimento.

Nesse curso desenvolvo o trabalho de orientação voltado àqueles que assumirão papéis de cuidadores de idosos nas casas de acolhimento, discutindo temas sobre o cuidar da pessoa idosa, trabalhado com vídeos ilustrativos. Discutem-se lavagem das mãos, higiene e conforto, velhice, tratamento ao idoso, pessoas com Alzheimer, respeito aos idosos, maus-tratos aos idosos. Todos se emocionam e expõem medos, negações e indignações.

Os cursos acontecem em lugares diferentes da Missão, como capelas, garagens, salas de triagem e salão de igrejas.

Para a elaboração do material didático precisei ter muito cuidado quanto à linguagem, pois nos grupos sempre há pessoas não alfabetizadas. A relação de proximidade ao final do curso propiciou momentos em que me abordavam expondo dificuldade de leitura e compreensão

Um dos momentos mais comoventes do curso é quando lhes entrego o certificado de participação da palestra de orientação. Mostram-se acolhidos e novamente visíveis para a sociedade. Emocionam frases como “nossa, que legal, minha mãe não vai acreditar”, “vou tomar muito cuidado para não estragar”, “nossa, agora sou importante”. Algo tão simples e comum para os pesquisadores, tem significado especial para a pessoa que se sentia invisível.

Para reforçar o entendimento do pesquisador e a validade da pesquisa, May (2004, p.186) ressalta que Severyn Bruyn (1966) lista seis índices que ele chama de “adequação subjetiva”: tempo, lugar, circunstâncias sociais, linguagem, intimidade e consenso social. O tempo significa que quanto mais o observador permanecer com o grupo, maior será a adequação alcançada. O lugar permite ao pesquisador considerar a influência das situações físicas sobre as ações. Além de o pesquisador registrar as interações observadas deve registrar o ambiente físico no qual elas acontecem. As circunstâncias sociais, estreitamente relacionadas ao lugar, indicam que quanto mais variadas as oportunidades do observador relacionar-se com o grupo, em termos de status, papel e atividades, maior será seu entendimento. A linguagem refere-se à familiaridade do pesquisador com a linguagem em uma situação social, de modo a interpretar mais precisamente cada situação. A intimidade indica que quanto maior for o envolvimento do pesquisador com o grupo, mais será capaz de entender os significados e as ações que promovem. E finalmente o consenso social: por meio dele o observador será capaz de indicar como os significados na cultura são empregados e compartilhados entre as pessoas.

Além da observação participante, que permitiu obter informações ricas das biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos dos moradores da Missão de Belém, utilizaram-se na pesquisa entrevistas e diário de campo. Optou-se pela entrevista estruturada, baseando-se na utilização de um questionário como instrumento de coleta de dados.

Segundo Duarte (2005, p. 63), a entrevista é um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer.

Para a entrevista ser conduzida, seguiram-se as regras sugeridas por May:

Padronização das explicações, deixando pouco espaço para desvios do esquema; provocar somente as respostas da pessoa com quem a entrevista está sendo conduzida; não estimular ou fornecer qualquer visão pessoal; não interpretar os significados, simplesmente repetir as perguntas, e, finalmente, não improvisar. (2004, p.147)

Foram feitas dez entrevistas: nove cuidadores em duas casas que acolhem homens e uma cuidadora em uma casa que acolhe mulheres. As entrevistas foram gravadas, possibilitando seu registro literal e integral, pois, segundo Duarte (2005), o gravador possui a vantagem de evitar perdas de informação, minimizar distorções, facilitar a condução da entrevista, permitindo fazer anotações sobre aspectos não verbalizados e ainda manter a fidedignidade da fala. Deixou-se claro para os entrevistados que a utilização do gravador não os deixaria se sentirem desconfortáveis.

Utilizou-se ainda como estratégia de investigação na pesquisa o diário de campo, considerado relevante fonte de dados. Falkembach (1987) definiu o diário de campo como

um instrumento de anotações, um caderno com espaço suficiente para anotações, comentários e reflexão, para uso individual do investigador no seu dia a dia. Nele se anotam todas as observações de fatos concretos, fenômenos sociais, acontecimentos, relações verificadas, experiências pessoais do investigador, suas reflexões e comentários (p.19).

Foi utilizado o diário de campo sistematizadamente; as anotações foram registradas de forma breve, datadas e localizadas (quem, onde, como, quando, o que aconteceu). Os registros foram feitos imediatamente após as entrevistas, e posteriormente complementadas. Pelo diário de campo foi possível anotar observações, fatos, acontecimentos que não faziam parte do roteiro de

entrevista, mas que contribuíram intensamente para a análise dos dados, articulando com os depoimentos os gestos, atitudes, comportamentos, preocupações e sentimentos.

Universo e seleção

Os critérios utilizados para seleção dos entrevistados surgiram a partir das diversas orientações com os cuidadores, como meio de inserção da pesquisadora. As orientações ocorrem com uma infraestrutura física e tecnológica limitada, tendo como principal recurso um projetor para a exibição das apresentações e vídeos. Em distintas ocasiões não foi possível dispor desse recurso, utilizando-se diferentes técnicas de ensino, como cartazes e dinâmicas de grupo. Alguns encontros aconteceram na capela em decorrência do espaço físico.

Par os dez cuidadores entrevistados, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Ter participado das orientações;
- ✓ Ser cuidador de idosos nas casas de acolhimento da Missão Belém;
- ✓ Aceitar participar da pesquisa voluntariamente;
- ✓ Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Trajetória metodológica

Primeiramente foram comunicados ao responsável das casas de acolhimento os objetivos da pesquisa, o procedimento de coleta de dados, a segurança na preservação da identidade dos entrevistados. Para a autorização da pesquisa, o responsável pelas casas de acolhimento da região do Belém e Brás assinou o termo de autorização e os sujeitos que participaram das entrevistas igualmente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice 1).

Participaram da pesquisa dez cuidadores das casas de acolhimento da Missão Belém da região Belém e Brás, sendo nove homens e uma mulher. A pesquisa ocorreu em diversas casas de acolhimento mantidas pela instituição. Foram seis cuidadores da Casa Santa Gianna Teretta, responsáveis pelo

cuidado a 12 idosos de um total de 18 acolhidos; três cuidadores da Casa São Francisco Xavier, que acolhe portadores de tuberculose e soropositivos; são nove acolhidos, sendo três idosos; e uma cuidadora da Casa São Vicente de Paula, que acolhe mulheres: são 23 acolhidas, entre elas 21 idosas. Nas regiões envolvidas na pesquisa há somente uma casa de acolhimento para mulheres. Nela há outras cuidadoras, porém, um dos critérios de inclusão era ter participado das orientações de como prestar o cuidado ao idoso, e somente uma cuidadora atendia ao que determinava a pesquisa.

Todos os cuidadores eram usuários de drogas, iniciando pela maconha e cocaína, consumidas quase diariamente, sendo substituídas gradativamente pelo crack. Dos entrevistados, um cuidador relatou que começou pelo álcool; os demais contaram que após o uso do crack utilizavam o álcool para tentar controlar a “euforia”.

Como critério de inclusão para participar das entrevistas o cuidador tinha que ter participado do curso de orientação para cuidar dos idosos, ser cuidador das casas de acolhimento da Missão Belém e aceitar participar da entrevista após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram agendadas, utilizando-se um roteiro com questões abertas (apêndice 2), as quais foram gravadas e posteriormente transcritas pela pesquisadora na íntegra. Para melhor compreensão dos dados, as respostas foram agrupadas para subsidiar sua análise à luz dos conceitos apresentados na fundamentação teórica deste trabalho, respondendo ao objetivo geral da pesquisa, ou seja, investigar como ex-moradores em situação de rua tornaram-se cuidadores de idosos nas casas de acolhimento da Missão Belém.

Para o desenvolvimento da análise de dados buscaram-se a categorização dos dados coletados e a frequência das respostas, e como são distribuídos entre as categorias. May (2004) ressalta que Howard Becker (1979a) lista quatro estágios distintos de análise, cuja meta geral é a categorização dos dados coletados. Eventos, relações e interações observadas serão assim entendidos ou explicados no contexto de uma estrutura teórica desenvolvida. O primeiro estágio é a “seleção e definição dos problemas, conceitos e índices”. Nesse estágio, os pesquisadores procuram os problemas

e conceitos na situação de campo que lhes permitam desenvolver o seu entendimento da situação social. O segundo estágio é conferir a “frequência e a distribuição dos fenômenos”. Isso significa centrar-se na investigação para perceber quais eventos “são típicos e disseminados, e como eles são distribuídos entre as categorias de pessoas e subunidades organizacionais”. O terceiro estágio é a “construção de modelos de sistemas sociais”, como o estágio final da análise “em” campo, o qual “consiste em incorporar as descobertas individuais no modelo generalizado da organização ou sistema social em estudo ou em alguma parte dos mesmos”. O último estágio é a importância de fazer vínculos mais amplos.

O agrupamento das questões buscou categorizá-las a fim de apresentar os dados e sua análise por meio dos seguintes critérios:

1. Quem são os cuidadores da Missão Belém;
2. Percepções sobre passado e presente – de viciado e morador de rua a cuidador de idosos;
3. Conhecimento sobre o cuidado ao idoso e a importância de seu papel dentro da instituição;
4. Perspectivas sobre seu processo de envelhecimento e de futuro quanto à Missão.

4. Quem são os cuidadores da Missão Belém?

Neste capítulo serão apresentados os cuidadores da Missão Belém, a trajetória nas ruas e nas drogas até o momento em que foram acolhidos pelos missionários e iniciaram uma nova caminhada. Inicialmente assistidos pelos missionários, passam a desenvolver atividades de cuidadores dos idosos acolhidos.

4.1 Características demográficas

Com o objetivo de conhecer quem são os cuidadores da Missão Belém, foram coletadas nas dez entrevistas informações sociodemográficas referentes à idade, estado civil, escolaridade e número de filhos, conforme Quadro 5.

Quadro 5 - Características sociodemográficas dos cuidadores da Missão Belém, 2014.

Participante	Idade	Estado civil	Escolaridade	Filhos
P1	30	solteira	Ensino médio incompleto	1
P2	30	solteiro	Ensino médio	1
P3	36	casado	Ensino médio	4
P4	33	solteiro	Ensino fundamental	2
P5	18	solteiro	Ensino fundamental	-
P6	40	solteiro	Ensino fundamental	-
P7	38	separado	Ensino médio	2
P8	19	solteiro	Ensino fundamental completo	-
P9	24	separado	Ensino fundamental	-
P10	34	solteiro	Ensino médio	-

Fonte: SAPUCAIA, L., 2014

No Quadro 5 é possível observar que no universo de dez entrevistados, apenas um é do sexo feminino, representando a distribuição das casas de acolhimento da Missão Belém na região central de São Paulo: das sete casas,

apenas uma se destina aos acolhidos do sexo feminino, sendo seis dedicadas aos acolhidos do sexo masculino.

Os dados corroboram a pesquisa nacional sobre a população em situação de rua no Brasil (BRASIL, MDS, 2008, p. 6), que apresentou como característica ser “predominantemente masculina (82%)”.

A média de idade do grupo entrevistado está na faixa de 30 anos, dos quais 7 são solteiros, 2 separados, e apenas 1 casado. Metade deles tem um ou mais filhos.

Referente à escolaridade dos cuidadores entrevistados, 4 têm o ensino médio completo, e 1 incompleto, representando o total de 5 com, no mínimo, o ensino fundamental completo, contrastando com a pesquisa nacional sobre a população em situação de rua, em que o número que informou ter, no mínimo, o ensino fundamental completo, totaliza pouco mais de 26% (BRASIL, MDS, 2008, p. 6).

4.2 “Destruí minha vida, mas fui salvo”

Esta frase, subtítulo desta parte da pesquisa, foi citada por um dos cuidadores durante a entrevista. Reflete um dos momentos mais delicados e comoventes da entrevista com os cuidadores. Foi-lhes perguntado sobre os motivos que os levaram para a rua, os locais em que se fixavam ou circulavam e por quanto tempo permaneceram nas ruas até ingressar na Missão Belém.

Momento delicado pela percepção do quanto a pergunta lhes provocava uma imediata fuga do olhar, sentimento de vergonha, para tentar encontrar explicação racional que indicasse os reais motivos que os levaram a abandonar família, amigos e emprego. Entrevistados responderam concisamente, sem se estender, como “rompimento familiar”, sem acrescentar nada mais.

O aspecto familiar é muito forte. Houve relatos de que “agora, na atitude, que precisamos demonstrar para a família que mudamos”. Acrescentaram: “Não adianta somente ligar para a minha esposa e falar que não estou usando a maldita droga, preciso mostrar nas atitudes”.

Tinha a minha casa, mas nunca voltava para lá. Ficava nas ruas, tinha muita vergonha de voltar para casa, o meu filho e minha mãe verem o estado em que ficava. Ficava em Santo André, fiquei três meses na rua, usava cocaína, usei por 16 anos. (P1)

Antes de sair de casa, falei com minha ex-mulher. Ela queria sair de casa, falei que era mais fácil eu sair de casa e ir para a rua ou para a casa de um familiar meu, do que ela sair com o meu filho. Aí saí de casa. (P2)

A emoção se revelava no tom de voz: baixo, rouco, com dificuldade em se expressar, fugindo do centro do assunto. Em determinadas situações, no momento da pergunta, o cuidador pedia licença para ir ajudar um idoso. Solicitava que eu esperasse o seu regresso, tendo sempre o movimento inquieto das mãos e do corpo, além do olhar de quem buscava encontrar as palavras mais adequadas para expressar, sucintamente na maioria das vezes, como as drogas provocaram peregrinações pelas ruas. Destacaram a “vergonha” de encarar os familiares ou as brigas com a mulher como os principais motivos pelos quais optaram por perambular.

O único entrevistado que nunca ficou nas ruas alia ao fato de morar sozinho e seu vício ser bebida alcoólica, fazendo-o voltar para casa ou dormir na casa dos colegas. Chegava de “qualquer jeito em casa e a qualquer hora”, pois não havia ninguém para cobrar ou reclamar. Esse cuidador apresenta um déficit motor devido à paralisia infantil; quando morava com a mãe e os irmãos percebia diferença na forma de a mãe tratar os irmãos; sentia-se parcialmente discriminado ou mesmo rejeitado. Quando conseguiu um emprego em um lava-rápido e encontrou um quarto para alugar resolveu morar sozinho: “Podia fazer o que quisesse ninguém ia encher o meu saco” (P9). Ressaltou grande preocupação em deixar um idoso cair ou se machucar em decorrência da sua deficiência motora:

Sei que não tenho muita capacidade de segurar o peso deles, mas vou tentar fazer o possível para não deixar cair. Graças a Deus nunca vi ninguém cair e se machucar feio, porque o dia que isso acontecer acho que não suporto e saio da Missão Belém. Não vou suportar, vou sentir como se não tivesse cuidado direito. Podia estar lá, mesmo se não tivesse força para segurar, ele podia cair em cima de mim e me machucar, mas eu estava lá. (P9)

Os conflitos familiares indicados pelos demais entrevistados são o principal motivo que os levou a ficar dias ou semanas pelas ruas, sempre retornando para casa. Um deles disse que “entre altos e baixos” permaneceu um ano fora de casa. Não dormia na rua por achar muito perigoso, preferindo os albergues.

Percebe-se um círculo vicioso que na verdade se assemelha mais ao que se chamaria de “espiral viciosa” entre drogas e conflitos familiares. O período de permanência em casa diminui de modo inversamente proporcional à sua permanência nas ruas, pois passam de um ou dois dias a meses longe da família.

Não cheguei a morar na rua. Ficava de dois a três dias na rua usando drogas. Aí voltava para casa, brigava, ficava uma semana em casa e uma semana na rua. (P7)

Fiquei dois tempos na minha vida nas ruas; logo que conheci o crack acabei indo para as ruas. Voltei para casa, mas depois briguei com a minha esposa e voltei para a rua. Posso dizer que entre altos e baixos fiquei um ano na rua. (P 10)

Fiquei na rua desde a minha infância. O que me levou para as ruas foi o rompimento do vínculo familiar. (P 8)

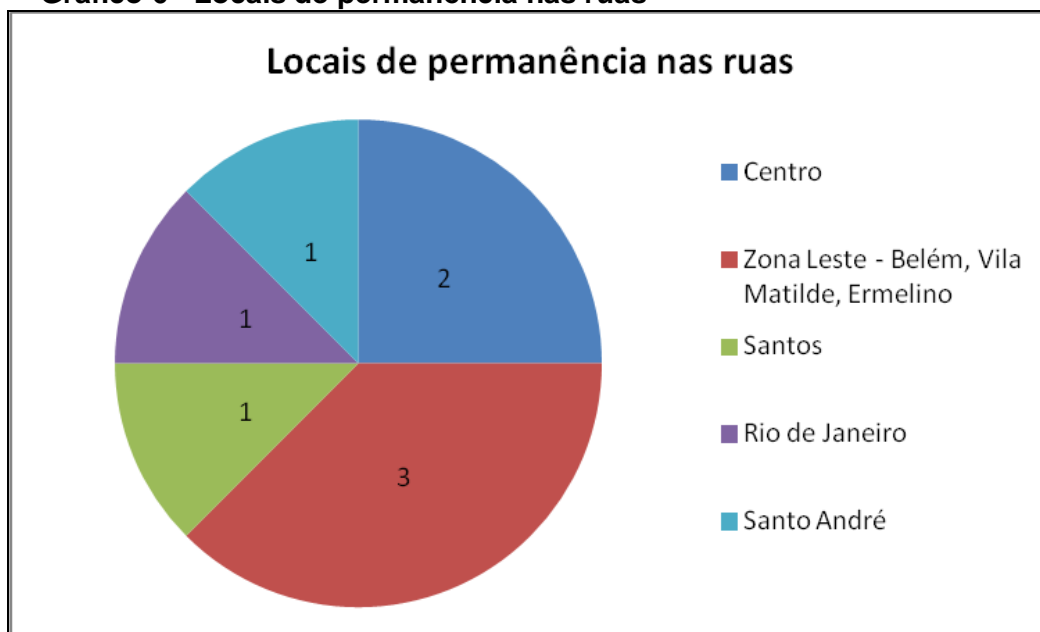
Destaque nesse grupo de respostas é que, apesar de dois indicarem a cocaína e a bebida alcoólica como as principais drogas que provocaram o afastamento da família, o crack não somente foi a droga mais citada, como se constatava o modo como a indicavam. Um misto de algo muito poderoso e incontrolável, que lhes tirava razão e forças para enfrentar a situação de dependência, conforme se observa nos depoimentos:

Sempre tive recaídas, nunca fui de usar drogas direto. Ficava um tempo sem usar e depois usava. Voltava a usar, mas era pior, e comecei pelo crack. Aí comecei a perder a minha família e acabei realmente perdendo. Minha família falou se queria me internar, disse que queria. Só que eles falaram em pagar clínicas para mim, mas eram valores absurdos. Falei que não queria que gastassem esse dinheiro comigo. Vai que gastam e não consigo me recuperar?! Vai ser uma frustração para todo mundo, fora o investimento que foi gasto para mim. (P1)

Comecei usando drogas com 23 anos. Na época só embalava a droga e ganhava muito dinheiro. Aí comecei primeiro a fumar maconha, depois cheirar. Sempre cheirei muito, e depois conheci o crack. Há oito anos conheci o crack. (P10)

Sobre os locais em que ficavam nas ruas, foram diversas as respostas, conforme Gráfico 6; dois na região da 25 de Março (centro da capital paulista), três em bairros da zona leste - Vila Matilde, Ermelino Matarazzo e Belém, um em Santo André, um em Santos, e outro declarou que foi no Aterro do Flamengo, no Rio de Janeiro. Dois deles não especificaram os locais que frequentavam, destacando que eram próximos da residência.

Gráfico 6 - Locais de permanência nas ruas



Fonte: SAPUCAIA, L., 2014.

Os dados vão ao encontro das informações dos missionários, no que diz respeito ao trabalho de abordagem dos viciados de drogas nas ruas, que não ocorre apenas na região central da capital, conhecida como cracolândia. Há abordagem em diversas regiões da capital e Grande São Paulo, conhecidas como “pequenas cracolândias”, e que se espalharam nos últimos anos. Conforme reportagem no site da revista *Veja*, em maio de 2014, com base nos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, atualmente existem 30 novas “cracolândias” na região metropolitana de São Paulo, principalmente nos bairros periféricos.

A migração de usuários para os bairros periféricos da capital e Grande São Paulo acarretou novos desafios à Missão Belém. Primeiramente porque o trabalho de rua para acolhimento dos usuários de drogas, desenvolvido na região da cracolândia, no centro da capital, precisou ser expandido para as regiões periféricas, a fim de acompanhar a mobilidade dos usuários. O trabalho da Igreja Católica nos bairros contribuiu para orientá-los quanto aos novos locais.

Houve outros desafios, como o cuidado ao enviar os acolhidos às diversas casas pertencentes à Missão, que encontra dificuldades na locação de imóveis com dimensões suficientes para o trabalho, nas regiões mais próximas ao centro. São altos os valores dos aluguéis. Por isso, a solução é a locação de imóveis em regiões cujos valores são mais acessíveis, como nos bairros periféricos da capital - Guaianases, São Mateus, ou ainda em municípios vizinhos - Ferraz de Vasconcelos, Suzano e Ribeirão Pires, nos quais há sítios utilizados para o trabalho.

O cuidado evita que os acolhidos sejam enviados para o bairro de origem, pois conhecem todos os pontos de drogas da região, além dos “amigos” e mesmo membro da família que têm contato direto com as drogas, como relatou um entrevistado: “Não posso ficar perto de onde morava, na minha família quem não é traficante é bandido...”. Nos depoimentos constata-se que os monitores, outrora os acolhidos, aprovam a estratégia. Citam a proximidade de pessoas conhecidas e a “vergonha” diante de amigos e parentes que certamente passariam diante das casas e os forçariam a sair.

4.3 De viciado e morador de rua a cuidador de idosos

As questões “como chegou à Missão Belém” e “há quanto tempo está na Missão” visaram conhecer parte da trajetória desses cuidadores, desde o momento em que são acolhidos, por meio do trabalho desenvolvido nas ruas ou influências de amigos, parentes e voluntários que conhecem a Missão. Convencem-nos assim a procurar ajuda até se tornarem cuidadores dos idosos acolhidos pela entidade.

O Gráfico 7 mostra como os cuidadores chegaram à Missão Belém. Inicialmente, nenhum deles indicou ter sido acolhido das ruas nas regiões das cracolândias, apesar de 2 dos entrevistados declararem não se lembrar como conheceram o trabalho. Mas eles a procuraram.

Gráfico 7 - Como chegou à Missão Belém



Fonte: SAPUCAIA, L., 2014.

O perfil desses cuidadores é de famílias muito pobres. Ao verem os filhos envolvidos com drogas, buscam ajuda em entidades religiosas, dada a dificuldade de arcar com os custos de clínicas privadas ou acesso aos serviços públicos de assistência a dependentes químicos.

Entretanto, nos depoimentos dos cuidadores percebe-se que são pessoas que tiveram a oportunidade de constatar que necessitavam de ajuda para enfrentar as drogas. Receberam apoio de pessoas que os apresentaram à Missão, conforme os depoimentos:

Em uma Igreja Católica procurei a assistente social, fiquei sabendo através de alguns amigos, e ela me encaminhou para São Mateus. Não participava da Igreja, mas o pessoal começou a falar que tinha uma igreja que estava ajudando, e como queria melhorar fui procurar. Usei crack por dois anos, fumei maconha por cinco anos. (P.7)

Conheci a Missão por uma amiga da minha futura esposa. Ela me indicou a Missão Belém, e nisso fui andando do Ermelino Matarazzo até a Celso Garcia, tentando achar a Missão. Não achei e fui até a Praça da Sé, usei droga e recaí. Fui para Santos andando, demorei quatro dias para chegar. Um dia estava bêbado, deitado no banco, a guarda civil passou e falou que ia me levar para o albergue. Aí me levaram para a Missão Belém. Tudo isso em Santos. (P 9)

Cheguei na Missão através de um rapaz que faz um trabalho no albergue, em Diadema. Ele é voluntário, era ex-morador de rua e foi para a Missão Belém. Hoje ele se doa para quem é morador de rua. Ele chegou para mim e falou da Missão, e disse que se quisesse ir era para voltar no albergue na próxima sexta. Quase não fui na sexta porque era jogo do Brasil, e já tinha bebido muito. Aí pensei: eu vou. Então dormi no albergue, tomei um banho e ele me levou para a triagem em Ferrazópolis. Tem três meses que estou na Missão. (P10)

Há aqueles que já estiveram em mais de uma ocasião, porém retornaram às ruas por problemas de adaptação às regras das casas de acolhimento ou porque acreditam estar “curados” das drogas após algum tempo. Mas na maioria das vezes ocorrem as “recaídas”.

Merece ser comentado como tratam o assunto: “O irmão caiu”, afirmam. As informações são discutidas entre todos que os conhecem, provocando um justificado temor de sair e não conseguir resistir à tentação de voltar às drogas. “Ele achou que tinha forças, que estava limpo, mas a tentação é muito forte (...) o crack é muito poderoso”, declaram normalmente, referindo-se ao efeito devastador da droga.

Apesar de expressarem grande preocupação quando um acolhido decidia abandonar a Missão e voltar para as ruas e para as drogas, percebia-se no discurso que é um processo ao qual estão habituados - pela experiência pessoal no uso das drogas ou ainda nas vivências dentro da Missão, particularmente no convívio com os mais jovens.

Existem casos em que o acolhido entra e sai diversas vezes da Missão, permanecendo períodos cada vez maiores, utilizando-a como refúgio para

deixar as ruas e não retornar para casa. Os vínculos familiares muitas vezes já estão deteriorados.

Já conheci a Missão em 2010 através dos meus padrinhos. Eles eram da Missão. Fiquei um ano e dois meses na Missão, essa é a segunda vez. Dessa vez cheguei por uns problemas de saúde que tenho, que é a tuberculose. Liguei para o meu padrinho e a minha situação estava difícil, não conseguia mais trabalhar. Aí, para não dar mais trabalho para meus familiares, resolvi vir para a Missão. (P.3)

No Gráfico 8 verifica-se que a maioria dos cuidadores entrevistados tem menos de um ano na Missão; 7 estão há menos de seis meses. Os acolhidos com mais tempo assumem outras funções, como monitores e coordenadores das casas de acolhimento, afastando-se do trabalho direto com os idosos.

Gráfico 8 - Permanência na Missão Belém



Fonte: SAPUCAIA, L.A.M., 2014.

Deve-se destacar a realidade vivenciada com os cuidadores quanto à capacitação de um grupo durante determinado período, acompanhando-os e orientando-os na prática com idosos, desenvolvendo um curso com estrutura modular. Porém, um dos obstáculos encontrados foi a alta rotatividade dos cuidadores que, na maioria dos casos, saíam das casas e voltavam para as ruas ou assumiam funções de coordenação em outras casas.

Apesar de não ser objetivo da pesquisa analisar os motivos pelos quais os cuidadores deixavam a Missão, percebia-se em conversas informais com os cuidadores e coordenadores das casas que giravam em torno de desentendimentos com os coordenadores e/ou outros moradores e não em relação com o cuidado prestado ao idoso.

Os depoimentos coletados nas entrevistas referentes ao período pós-ingresso na Missão Belém refletem a relação entre os cuidadores e os idosos, pautada muitas vezes pela cumplicidade e reciprocidade de sentimentos/cuidados, o que será apresentado e analisado a partir do próximo tópico.

Uma das principais iniciativas da Missão Belém é promover trabalhos nas ruas. Os missionários vivem semanas inteiras com os moradores de rua, passando o dia e a noite, dormindo nas calçadas, a fim de partilhar os novos valores evangélicos de quem esteve na situação de rua (MISSÃO BELÉM, 2014):

A nossa Missão é levar o Santo Evangelho a todos os 'fundos de poço' que existem na nossa sociedade, diante dos quais, normalmente, o Poder Público se encontra impotente. As pessoas sofredoras (sofredoras também pelos próprios vícios da rua) se inserem nas nossas pequenas famílias e convivem conosco. Poucos conhecem o enorme potencial encerrado em cada irmão de rua, que origina nele um caminho vocacional todo especial junto à Missão. (MISSÃO BELÉM, 2014)

No trabalho, os missionários tentam convencer os moradores de rua, a partir do próprio exemplo, a seguirem com eles para a Missão, sendo acolhidos nas diversas casas, que funcionam como “pequenas famílias de oração e vivência evangélica, famílias privadas e particulares (não clínicas, nem comunidades terapêuticas), que os afastam das drogas e de qualquer vício” (MISSÃO BELÉM, 2014). Calcula-se que cerca de 40 mil pessoas foram retiradas das ruas em nove anos de Missão.

Quando os missionários encontram “nas ruas pessoas debilitadas, doentes, em situação de extrema miséria, esmagadas pelo vício”, “o Santo Evangelho nos impulsiona a ter o mesmo comportamento que encontramos no

Código Penal (art 133-135): não omitir socorro” (MISSÃO BELÉM, 2014). São encaminhadas às instituições de saúde pública, observando sua recuperação. Não raros são os casos em que os missionários permanecem como acompanhantes no quarto, principalmente no caso dos idosos. Após a alta hospitalar são encaminhados às casas de acolhimento para a total recuperação, indo com eles às consultas.

Quando acolhidos, os ex-moradores de rua são primeiramente enviados às denominadas “casas de triagem”, sendo cadastrados e classificados, e então encaminhados a uma casa específica - mulheres, idosas, idosos independentes, acamados, jovens e adultos. Em relação aos dependentes químicos levam-se em conta seu histórico de dependência e o bairro de origem. Conforme assinalado neste trabalho, evita-se o envio para casas próximas à residência, a fim de impedir a presença de “amigos” e “bocas de drogas”.

A Missão possui sítios no interior do Estado de São Paulo que funcionam como colônias. Normalmente são enviados para esses locais os mais jovens e aqueles que não apresentam enfermidades ou não demandam cuidados médicos. São locais afastados de centros de saúde. Quando se exige tratamento específico, são mantidos em casas próximas a hospitais e centros de saúde.

Além do cuidado à saúde, há o trabalho de assistência social desenvolvido pelos missionários. Providenciam os documentos dos acolhidos, como identidade, carteira de trabalho, cartão do SUS para as consultas na rede pública de saúde e retirada de medicamentos receitados. Coordenadores afirmam que há acolhidos que não desejam ter documentos, por medo de “dívidas” com a justiça, ou ainda que não têm conhecimento de “pendências judiciais”. Quando solicitam novos documentos, são retidos.

O trabalho inclui localização e contato com a família dos que se lembram o endereço e/ou telefone. Os missionários tentam tranquilizar os familiares quanto ao paradeiro de seus entes, principalmente daqueles que foram para as ruas em decorrência das drogas ou acometidos por doenças mentais.

Diversos familiares, como filhos, pais e esposa, visitam os acolhidos após algum tempo, compreendendo que estão tentando vencer o vício das drogas. Meses depois, e com autorização do coordenador, o acolhido passa o final de semana com a família. Exige-se que retorne para a Missão no domingo. Caso isso não ocorra, ele “zera a caminhada” e volta para a triagem, reiniciando todo o processo (triagem, sítio, curso São Lucas, encaminhamento às casas).

Após a triagem os acolhidos são distribuídos nas dezenas de casas. Além de critérios específicos, consideram-se as funções que devem assumir. Sentem-se úteis em ajudar quem os ajudou a sair das drogas, e a ocupação contribui para que reflexões e pensamentos fiquem distantes das drogas. Assumem funções na cozinha, lavanderia, medicação, acompanhamento a consultas e exames, captação e controle de recursos doados, monitoria, limpeza e organização da casa, cuidadores de idosos e dos moradores debilitados ou acometidos por enfermidades. O Gráfico 9 mostra como os entrevistados se tornaram cuidadores de idosos.

Gráfico 9 - Como se tornaram cuidadores de idosos



Fonte: SAPUCAIA, L.A.M., 2014.

Conforme se observa no Gráfico 9, 7 dos entrevistados declararam que chegaram para assumir outras funções, como monitores ou cozinheiros, e se envolveram no cuidado aos idosos, identificando-se com a tarefa.

As coisas foram acontecendo, quando percebi já estava cuidando dos vizinhos. (P2)

Comecei como cozinheiro, às vezes um irmão precisava de ajuda para cuidar do idoso e ia ajudar. Quando vi já estava envolvido e cuidando deles. (P1)

Estava no sítio e o menino falou que estava precisando de um cozinheiro na casa dos idosos. Fiquei um mês na cozinha e ele me chamou para ser monitor. Aí comecei a cuidar. Já tinha cuidado do meu tio, que teve AVC, cuidei muito dele. Dava banho, medicação e trocava a fralda da cama do meu tio. (P6)

Observei que a relação entre o idoso acolhido e o cuidador é o caminho para se manterem nas casas, não retornando às ruas e às drogas. Não se trata de relação profissional, pois o cuidador não é profissional de saúde ou cuidador profissional. Mas é relação humana, entre pessoas que de certa forma se conhecem, pois estiveram nos mesmos espaços e situações, nas ruas, albergues ou presídios. Trata-se de uma relação que envolve compaixão pelo outro, o que Rosa e Brêtas (2005) ressaltam: que o cuidado surge quando a existência de alguém tem importância para o outro. Para cuidar de pessoas em situação de rua é essencial atribuir um significado de humanidade ao cuidado, acreditando na possibilidade de transformação da realidade.

Os demais 3 entrevistados foram convidados diretamente para assumir o trabalho participando do Curso São Lucas, ministrado pelos missionários, que tem como tema religiosidade e espiritualidade. Na carga horária há palestras de orientação sobre cuidados com os idosos, ministradas por mim como parte da pesquisa participante.

O meu Coren foi cassado, penso em trabalhar como cuidador de idosos. Fazer algum curso para fazer isso. (P1)

Estava no sítio e foram ver quem queria ir para a casa dos idosos e fazer o curso São Lucas; falei que queria, então

fiz o curso e hoje cuido das medicações dos velhinhos.
(P8)

Eu cuidava de criança. Era da casa das crianças, mulheres grávidas e com filhos, e tem uma ficha que a gente preenche. Preenchi e vim trabalhar aqui na casa.
(P4)

4.4 Quem ajuda quem? O papel do cuidador e do idoso na recuperação mútua

Quando se trata de cuidador de idosos evidencia-se a visão de que o idoso está debilitado, fragilizado, exigindo cuidados. Por outro lado, o cuidador está preparado, técnica e psicologicamente, para atender às necessidades do idoso e contribuir para sua recuperação e/ou simples conforto.

Porém, quando se observam os cuidadores da Missão Belém, não é essa a realidade. Na verdade, os cuidadores também estão em tratamento e necessitando de cuidados. É um tratamento contra as drogas, contra a violência das ruas, a perda da família, dos amigos e da autoestima. Uma pessoa que encontrou no ato de cuidar um novo caminho para sua recuperação, sua reinserção social, a esperança de resgatar seus familiares - filhos, esposa e pais.

Sempre gostei de trabalhar, sempre tive as minhas coisas arrumadinhas, me esforcei para dar uma casa própria aos meus filhos. Achava que o meu dinheiro era tudo, e que a droga nunca ia me pegar, que ia usar a droga e ela não ia me usar. Hoje, aqui nos vizinhos, a minha vontade não pode prevalecer, tenho que me doar de coração e com alegria, pois **é através deles que vou resgatar a minha família de volta (grifo nosso)**. A minha esposa e os meus filhos já me visitam. O meu filho mais novo, de seis anos, é o que mais me cobra para voltar para casa. E cada dia é diferente e mais difícil, mas Deus tem me capacitado para não desistir da caminhada. Não coloquei uma data para sair da Missão, vou sair quando achar que estou pronto. **Estou aqui para ser referência para meus filhos (grifo nosso)**. Ser pai ou mãe pode ser que não adianta, quero ser referência. (P7)

Na relação entre os cuidadores e os idosos, ocorre uma adoção mútua; ambos buscam ajudar aqueles com quem, outrora desconhecidos, aprenderam a dividir sentimentos e emoções, histórias e segredos, ensinamentos e

aprendizagens, em relação de amizade e cumplicidade, características das relações familiares.

Cheguei aqui como cozinheiro. Cheguei com o propósito de ficar três meses, pensando que era o tempo suficiente para me recuperar... Pura ignorância, usei droga por 12 anos! O que me cativou a continuar ficando foi cada idoso que chegava a gente vai se apegando nele. Tinha um idoso, o sr. A., ele era muito apegado comigo, sempre conversava comigo. E essas coisas que me fizeram ficar, porque quando deram os três meses, falei que não ia embora não. Aí chegou o sr. Cosme, gente boa demais, vai criando vínculo, e eu pensava: não vou embora agora. O que me cativou a continuar aqui na casa foi o tratamento que vi com os idosos. Nunca tinha visto isso na minha vida. Meus avós são falecidos, meu pai morreu muito novo, então nunca tinha visto esse tratamento com o idoso, e quando cheguei aqui e vi esse tratamento comecei a rever o meu conceito, até mesmo com a religião. (P1)

O que me segura aqui na casa é essa questão de cuidar e ajudar os idosos. Usei muita droga, perdi carro, caminhão. Fiquei três anos preso por causa das drogas. Não me imagino fazendo outra coisa a não ser ajudar os outros. (P6)

Essa realidade se evidenciou em praticamente todas as entrevistas. Perguntados sobre a mudança de morador de rua para cuidador, afirmaram ter sido uma mudança radical. Momentos comoventes da entrevista, quando passaram a descrever as recordações dos vários desafios vividos nas ruas, e como a figura do idoso lhes proporcionou a oportunidade de fazer o bem, aprender algo novo, se envolver e cuidar:

Tenho aprendido muito com os idosos, são pessoas que reconhecem que você está se doando a eles. Aqui aprendo muito com eles e partilho com eles. Tenho certeza que a minha vida vai melhorar. (P5)

Antes eu destruía a minha vida, aí Deus me convidou para cuidar de vidas. Então foi uma mudança muito radical para quem estava na rua. (P3)

Quando estava na rua não queria perder meu tempo, não conversava nem com meus amigos. Agora vejo que sou bem mais paciente, gosto de ouvir tudo o que o vizinho me fala. (P8)

Na análise dos laços entre os cuidadores jovens e os idosos acolhidos, transcendendo o simples cuidar, emerge uma relação intergeracional caracterizada por amizade, carinho e respeito. Os jovens chamam os idosos de avô, vizinho, às vezes por solicitação do idoso.

Mesmo entre os cuidadores que possuíam experiência no cuidado a idosos, ter a possibilidade de desenvolver essa atividade na Missão Belém é ação recíproca de fazer e receber o bem, na busca de sentido para sua vida após o resgatado das ruas:

Também tenho meu avô. Convivi bastante com ele; então, para mim, não foi muito difícil cuidar do idoso na casa. Não vim com esse propósito, mas quando cheguei aqui acabei fazendo de tudo por ele. (P4).

Eu já era da área da saúde, auxiliar de enfermagem, e já perdi o meu Coren. Então, quando me vi cuidando deles não tive muita dificuldade; ao contrário, ali era o momento de fazer o meu melhor e tentar mostrar que realmente saí daquela vida. (P10)

Houve depoimentos que corroboraram a dimensão de bem-estar do cuidador promovida pelo ato de cuidar. Relatou-se como é o olhar que recebem quando acompanham os idosos aos postos de saúde, hospitais e bancos, o que os deixa “orgulhosos e contentes”. Afinal, após vários anos, são enfim tratados como pessoas, como cidadãos. Acessam espaços diversas vezes proibidos. Um olhar que deixou de ser de desprezo, seres invisíveis para a sociedade, para se tornar de compaixão e respeito, fortalecendo o desejo em continuar cuidando dos idosos:

Voltei a ser como era antes. Voltei a olhar para mim e para os outros, coisa que não fazia quando estava na rua usando drogas. As pessoas agora me enxergam. Na rua, a gente só quer beber e fumar, não tem tempo para a gente. (P1)

Hoje me sinto bem, posso entrar no mercado e ninguém vai me olhar estranho, e não vai vir nenhum segurança me tirar do local. (P5)

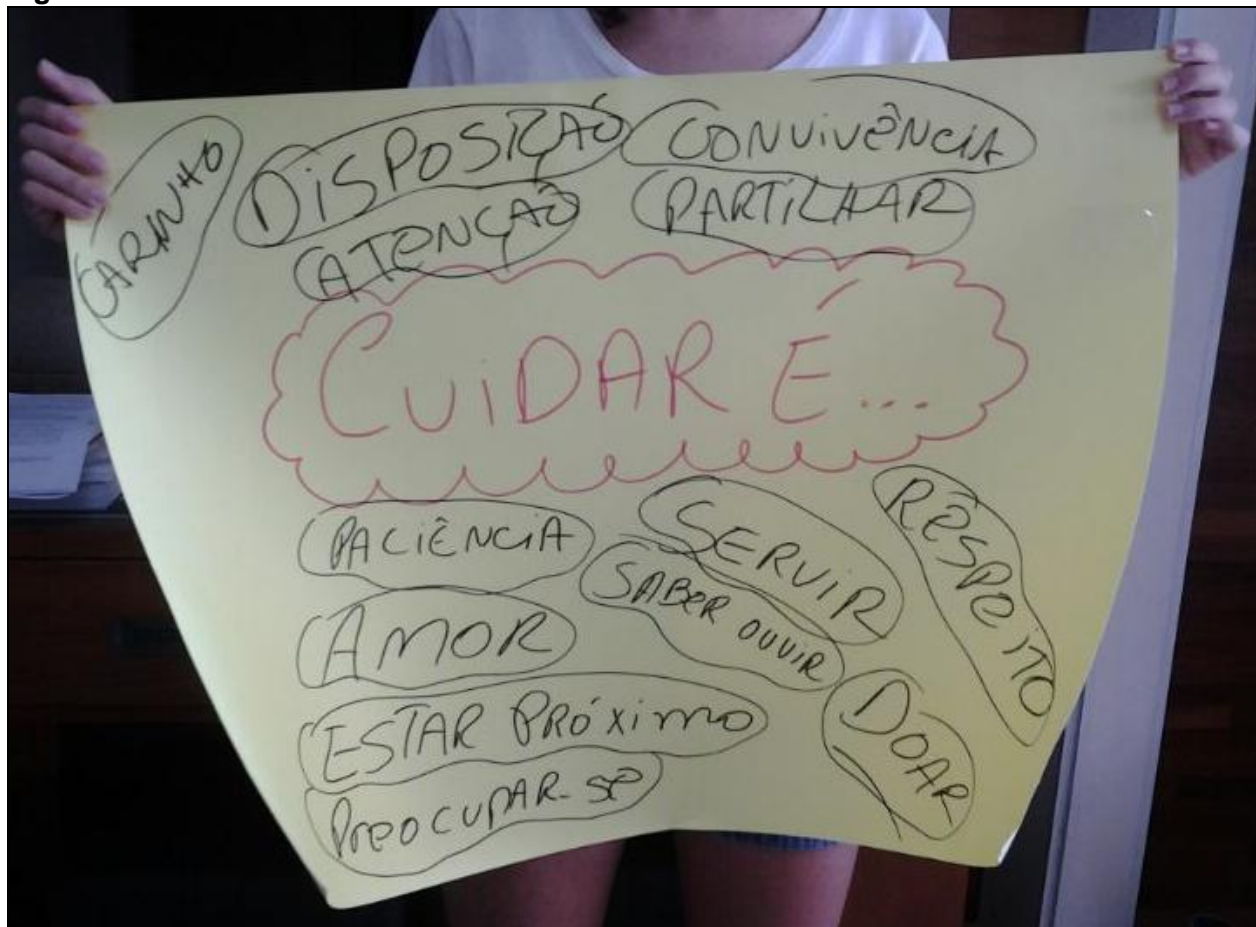
A mudança foi muito boa para mim, senti que ainda tinha valor para alguma coisa, me senti válido para a sociedade. Antes me sentia um inválido, muitas pessoas passavam por mim e nem sequer me olhavam, e muito menos ajudavam. (P9)

4.5 Entre estereótipos e senso comum: cuidar dos idosos nas casas de acolhimento

Neste bloco, que se refere às perguntas - “hoje, nas casas de acolhimento, como é cuidar dos idosos?”, “você sente alguma diferença ao cuidar de um jovem, adulto e idoso?” e “qual o tempo doado para cuidar dos idosos?”, são evidentes o despreparo e desconhecimento com o tema do envelhecimento. O que corrobora um dos problemas de investigação desta pesquisa, ao analisar a exigência de formação do cuidador quanto aos cuidados e técnicas essenciais para o atendimento ao idoso, conforme a introdução.

A palavra mais frequente entre as respostas foi “cuidado”, referida na maioria das vezes a um ser frágil, indefeso, debilitado, compreensível ao se analisar a situação de diversos idosos, recolhidos nas ruas ou deixados por familiares sem condições financeiras e estruturais para atender às necessidades básicas daquele acometido por problemas graves de saúde e que não encontra espaços em instituições públicas de longa permanência para idosos.

Durante a formação no Curso São Lucas, nos momentos de orientação aos cuidadores pela pesquisadora, é desenvolvida uma dinâmica em que escrevem algumas palavras sobre o significado do que é cuidar, conforme mostra a Figura 2:

Figura 2 - Dinâmica com os cuidadores sobre o termo cuidar

Fonte: SAPUCAIA, L., 2014.

As palavras respeito, carinho e principalmente paciência, que emergiram da dinâmica, são frequentemente citadas nas entrevistas, refletindo a formação religiosa que recebem na Missão, quando escolhidos ou se oferecem para ser cuidadores dos idosos e participar do Curso São Lucas.

Acho que a questão do idoso não é muito difícil de cuidar, só saber respeitar o espaço dele. (P4)

É meio difícil, ainda não me adaptei totalmente, é difícil cuidar deles, me falta paciência, não sou paciente. Graças a Deus ele está me ajudando a ser paciente. O sr. C., tenho muito carinho por ele. Quando ele se machuca ou cai, fico me sentindo mal. (P5)

É muita responsabilidade, e a cada dia mais você pega amor. Acompanho todos na consulta com muito amor e carinho. Falo que o velhinho é da minha família. (P6)

Não é fácil, mas com carinho a gente consegue. (P9)

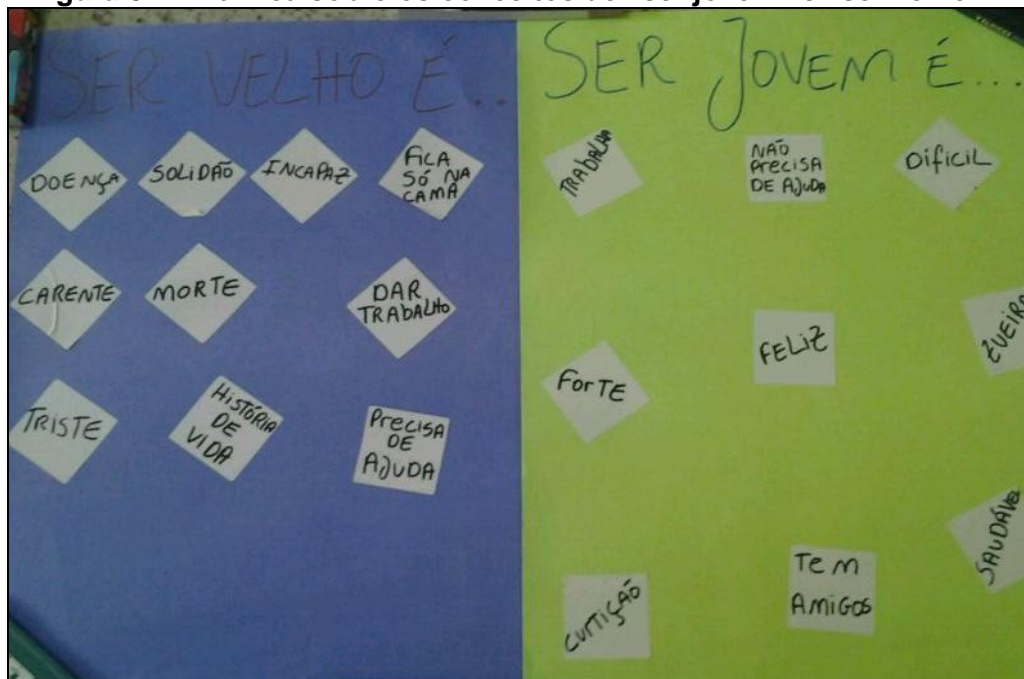
Precisa ter muita paciência, porque o idoso às vezes quer as coisas do jeito dele, então é complicado. Por isso,

preciso ter fé, passo por situações que tenho vontade de desistir, mas não posso, foi o caminho que escolhi, são desafios. Quando falei o meu “sim” sabia que não ia ser fácil, e estou disposto a me doar. Precisa ter jogo de cintura para cuidar do idoso, se não tiver paciência com ele só consegue que ele tenha raiva. (P8)

Para mim é novidade, uma responsabilidade muito grande. A gente está lidando com vida, e tem que ter muita paciência. A cada dia eu me surpreendo com a nossa capacidade, tem que estar todo dia bem para cuidar deles com sorriso no rosto, se não eles podem pensar que estão incomodando. (P10)

Há ainda mais uma palavra frequente nos depoimentos: “responsabilidade”. Deve-se ressaltar a via de mão dupla na qual ela transita. Por um lado, assumir a responsabilidade pelo cuidado ao idoso e participar de sua recuperação e/ou conforto propiciam ao cuidador a elevação da autoestima; de outro, quando as expectativas quanto ao cuidado não são atendidas, decorrentes de quedas ou outro acidente, o agravamento de seu estado de saúde ou mesmo seu falecimento provocariam um sentimento de impotência, sendo um gatilho para a saída da missão e volta às drogas. O que demonstra mais uma vez a complexidade da relação idoso-cuidador nas casas de acolhimento da Missão.

Nas respostas sobre as diferenças entre cuidar dos idosos, adultos e jovens fica mais evidente a visão de um idoso fragilizado. Nas palestras de orientação do Curso São Lucas foi desenvolvida outra dinâmica para trabalhar o conceito do que é ser idoso. Os cuidadores se dividiram em dois grupos, e foi-lhes entregue uma cartolina com as seguintes frases: “Ser jovem é...” ou “Ser velho é...”, e um conjunto de adesivos com diversas palavras que deveriam selecionar, conforme os critérios do grupo, colando-as na cartolina. A Figura 3 mostra um panorama da produção.

Figura 3 - Dinâmica sobre os conceitos de “ser jovem” e “ser velho”

Fonte: SAPUCAIA, L., 2014.

No conceito sobre “ser velho” foram escolhidas palavras como doença, solidão, incapaz, carente, morte, triste, história de vida, precisa de ajuda, fica só na cama. No “ser jovem” foram escolhidas palavras como forte, feliz, trabalha, saudável, tem amigos, curiosão, não precisa de ajuda. Os grupos tinham o mesmo conjunto de palavras, mas nenhuma delas se repetiu nos quadros, reforçando a construção da identidade do idoso pela contraposição à identidade jovem, conforme citado por Mercadante: “Também a contraposição das qualidades: atividades, produtividade, beleza, força, memória etc.; como características típicas presentes nos jovens e as qualidades opostas a estas últimas presentes nos idosos” (1997, p.27).

A citação de Mercadante é compreendida pelo que vemos na parte esquerda da figura, pelo grupo que definiu “ser velho”; porém, causa admiração a parte direita da figura em que eles, jovens, acolhidos das ruas por uma instituição, não utilizaram palavras como “dar trabalho”, “precisa de ajuda” ou “história de vida”, demonstrando uma visão de jovem que não reflete objetivamente o seu estado atual, como citado anteriormente, mas aquela que está no imaginário da sociedade.

Mesmo após a dinâmica desenvolvida na palestra, nas respostas sobre as diferenças entre cuidar dos idosos, adultos e jovens, fica evidente a visão do idoso mais fragilizado.

Cuidar do idoso, as coisas precisam ser mais delicadas, é preciso conversar, explicar, tem que ensinar... Se deixar magoado pode ser que o idoso tenha um ataque ou passe mal, então precisa ter muito cuidado. (P2)

Tem bastante diferença em cuidar de um idoso, adulto e jovem. A diferença é na parte das regras. Muitas vezes tem coisa que o idoso, mesmo ele passando por cima de alguma regra, tem que ceder; já o jovem dá para ser mais rígido, não precisa ceder. Com o idoso precisa ter mais jogo de cintura; agora, com o jovem dá para ser mais firme. (P4)

Os velhinhos, como são mais debilitados, eles são um pouco marrudos. A gente fala para eles não fazerem alguma coisa e às vezes não adianta, ele fica agressivo. Com ele tem que ter mais paciência. (P5)

O idoso precisa de mais cuidado... O seu humor pode mudar a qualquer hora. (P7)

O idoso precisa ter mais cuidado com ele, mais higiene, como trocar uma fralda, não deixar uma janela aberta. E com o idoso precisa ter mais paciência do que com um jovem. (P10).

Se por um lado emerge o estigma da imagem do idoso em contraposição ao do jovem, o mesmo ocorre com o idoso comparado às crianças - na visão da fragilidade e do cuidado, além de outras características associadas à infância, como teimosia, birra e necessidade de diálogo.

Hoje, conhecendo um pouco o mundo dos vizinhos, eles têm os mesmos lances do meu filho, que tem seis anos. Se brigar, de uma forma que eles não entendem, vão fazer o que você pede para eles não fazerem, e de forma até pior. Se conversar com ele numa boa e explicar por que não pode fazer alguma coisa, eles vão entender e se empenhar para melhorar. (P5)

Agora estou cuidando de crianças grandes. (P4)

Alguns tomam muito tempo, são teimosos e desobedientes. Ele se torna uma criança, cada um é diferente do outro. (P6)

Cuidar do idoso é uma coisa muito sensível... É como cuidar de uma criança. (P10)

Outra contraposição entre os idosos e os jovens acolhidos refere-se à gratidão demonstrada aos cuidadores, reforçando a relação de carinho e dedicação dispensada aos idosos e os depoimentos sobre não terem remuneração no desenvolvimento do trabalho.

A diferença de cuidar de um idoso é que ele é mais grato, mais agradecido, se vê pelo olhar, por um gesto. Agora, o jovem acha que é nossa obrigação. O idoso não, quando ele gosta o gesto que ele faz não tem igual. Agora, jovem não. Ele chega aqui mal, debilitado mesmo, aí fica um mês tomando remédio, acha que já está bom e volta para a rua de novo. Semana passada foram embora dois. (P3)

Sim, existe muita diferença: com o idoso precisa ter mais paciência e saber ouvir, o jovem e adulto acham que sabem tudo e são menos agradecidos. Quando acham que estão melhor saem da casa. O idoso não, ele nos agradece e tem muita história para contar. (P9)

Sobre o tempo dedicado ao cuidado dos idosos, todas as respostas indicaram disponibilidade integral, independentemente de horário. Segundo eles, os idosos são muito carentes de atenção, querendo alguém para conversar. Existe ainda a preocupação com as quedas em sobrados, com escadas, ou naquelas em que existem degraus ou pisos irregulares:

A hora mais sossegada que a gente tem é o período da tarde, depois do almoço, porque eles vão descansar ou ficam assistindo à Sessão da Tarde. Mas como hoje acabou a energia, eles ficaram dormindo. Aí, depois das 15h começa a correria, é preciso dar os remédios de novo; até 20h precisamos colocar todos eles na cama para dormir. (P4)

A casa aqui tem escada, então precisa ficar de olho. Mas tenho um tempo vago para ler a Bíblia e fazer o meu diário espiritual. Sempre tem um monitor em cada cômodo da casa. (P6)

Não tem um tempo, com o idoso é preciso estar sempre atento. (P3)

Alguns tomam muito tempo, pois são teimosos e desobedientes. Eles tomam muito tempo. Ele se torna uma criança, cada um é diferente do outro.

Não adianta querer fazer com pressa que não dá, tem que ter o tempo para eles. Eles querem conversar e tem que ouvir, pois ficam até chateados. (P9)

A dedicação integral em diversos casos não os afeta negativamente, sentindo-se à vontade com a situação, pois enxergam no cuidado uma missão que resolveram assumir.

Acho que tomo mais tempo dele do que ele de mim. Sempre estou perguntando se está precisando de alguma coisa. (P2)

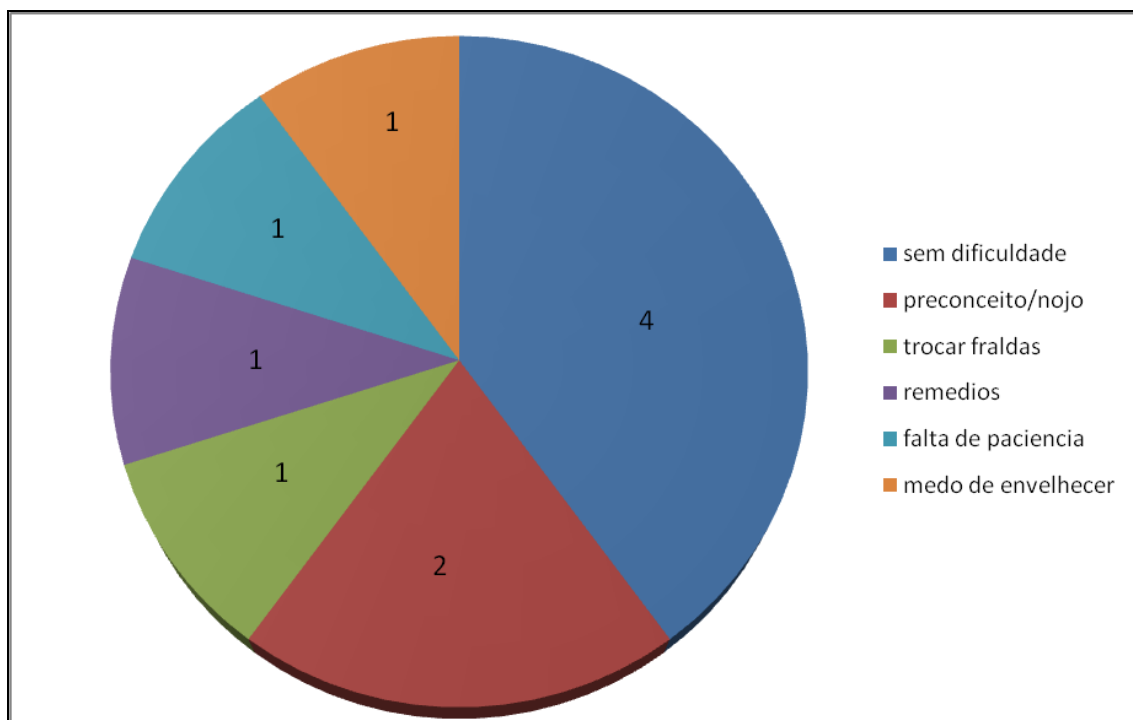
E me apeguei muito com dois vizinhos aqui da casa, e penso que só vou sair daqui quando Deus levá-los. Esses dois vizinhos tenho uma missão com eles. Neste caso, me dedico a eles 24 horas, quero dar uma boa qualidade de vida para eles até o final da vida deles. (P10)

4.6 Paciência com aquele que envelhece: amanhã pode ser você

Neste bloco, as questões “quais as principais dificuldades encontradas para prestar os cuidados ao idoso?”, “você sente a necessidade de mais orientações para cuidar do idoso?” e “quantos idosos você cuida?” e “o que gostaria de mudar?” visaram conhecer a percepção do cuidador quanto às dificuldades encontradas no cuidado ao idoso, que emergem de sua prática diária dentro da Missão. Devem ser ressaltadas as necessidades de orientação sobre os conhecimentos e técnicas para o adequado cuidado ao idoso.

Este bloco é muito importante dentro da pesquisa, pois, conforme relatado na introdução, a preocupação com a capacitação do cuidador da Missão, principalmente na dimensão da saúde, foi um dos principais temas que motivaram pesquisadora ingressar no Programa de Pós-graduação em Gerontologia. É um dos problemas de investigação: por que promover atividades educativas para os cuidadores de idosos, ex-moradores de rua?

Houve grande diversidade de dificuldades relacionadas nas entrevistas, conforme o Gráfico 10:

Gráfico 10 - Principais dificuldades no cuidado ao idoso

Fonte: SAPUCAIA, L.A., 2014.

Entre os 6 cuidadores que indicaram dificuldade no cuidado aos idosos constata-se uma real diversidade de motivos. Mas apenas 2, porém, elencaram dificuldades ligadas a capacidades técnicas, como troca de fraldas e manipulação dos remédios:

Não tive tanta dificuldade, mas na hora de trocar uma fralda não sabia. Tinha cuidado da minha avó de consideração... Não é minha avó carnal, minhas irmãs não tinham paciência, então eu cuidava dela. E hoje estou aqui, cuidando de idosos. Penso quando cuidava da minha avó, dá vontade de voltar lá e dar um beijo nela. Hoje até sinto saudades, aprendi com ela, mas não é fácil acordar e logo sentir o cheiro de urina e fezes, não é fácil. Eles precisam da gente. Está sendo uma aventura para mim. (P6)

Lá no sítio já cuidava de idosos, tenho dificuldade aqui por causa dos remédios. São muitos remédios para tomarem. Às vezes fico na dúvida se já dei ou não o remédio. Cada um deles tem uma gavetinha, deixo tudo organizado, e agora ficou mais fácil. Mas alguns idosos fingem que tomam o remédio, fico na dúvida como fazer nesse tipo de situação. Sinto mais necessidade de orientação quanto às

medicações. Cuido das consultas para eles não perderem. (P5)

Ainda entre as dificuldades, 4 entrevistados indicaram motivos ligados a sentimentos, como “nojo, preconceito e falta de paciência”. Um dos entrevistados relatou haver dificuldade em encarar uma realidade futura, ao se imaginar naquela situação.

Tive dificuldade... Fui chamado para cá para ser cozinheiro, e quando cheguei aqui já tinha cozinheiro. Aí me falaram que ia cuidar dos idosos. Fechei a cara, quando falaram de “limpar a merda de velho”(sic). Nossa, na hora pensei: não vou ficar. Eu me senti enganado, primeiro me falaram que ia ser cozinheiro, agora me chamaram para “limpar merda de velho”! Foi até este termo que usei. Quando cheguei fui dar banho no sr. J. S, e depois com a gratidão dele isso caiu terra abaixo, não consigo enxergar dificuldade. (P3)

No começo passei apertado, não queria comer aqui. Muitas vezes, uma hora antes do almoço tinha que trocar uma fralda e ficar vendo os vizinhos babando e ter que comer. Não conseguia. Agora consigo lidar melhor com tudo isso. Sou muito chato para higiene, mas hoje já consigo. Tem seis vizinhos debilitados, e eu cuido, faço todos os curativos e troca das fraldas. Hoje já faço mais tranquilo, é normal. (P2)

De vez em quando me falta paciência, saio um pouco e vou até falar com a minha mãe ao telefone, depois volto para cuidar deles. (P4)

Na hora que estou cuidando não tenho dificuldade, mas depois que cuido fico com aquela dor no coração, me dá uma vontade de chorar... Porque sinto que um dia vou ficar daquele jeito, vou envelhecer. A gente vai se tornar criança novamente. Fico imaginando como se aquela pessoa fosse meu pai, uma pessoa que nunca tive. O sorriso dele é muito gratificante para mim, um pequeno gesto é tudo para mim, é muito gratificante. (P5)

Apesar de não emergirem das respostas depoimentos coletados em momentos informais durante as orientações e visitas às casas, registrados no diário de campo, demonstram grande preocupação quando enviados para as casas. Preocupação que reside na aceitação pelo grupo de cuidadores que atuam nas casas e quanto à existência de recursos para um cuidado adequado ao idoso.

Foi preciso caminhar com precaução, nas palestras de orientação, para não ser utópica, distante da realidade. Pesquisei com os coordenadores da Missão a disponibilidade de luvas para a higiene e cuidado aos idosos; confirmaram que todas as casas possuíam grande quantidade desse material. Entretanto, ao conversar informalmente com os cuidadores, conforme registro no diário de campo, disseram que havia luvas suficientes, porém não a utilizavam preocupados se os idosos pensariam que estavam com nojo. “Depois das orientações que a senhora deu entendo que preciso usar, e agora sei como falar isso para ele” (P3). Comentaram que muitas vezes devem dividir o desodorante ou mesmo a lâmina de barbear entre os idosos. Um deles declarou sentir-se incomodado com a situação: “Seria tão bom se cada um tivesse o seu” (P8).

Preocupação que emergiu do diário de campo refere-se à rotatividade dos coordenadores das casas, muito frequente na Missão, o que altera a rotina estabelecida, gerando angústia, insegurança e incerteza, exceto no caso da casa das idosas, pois há quatro anos é a mesma coordenadora.

Sobre o item “sentem necessidade de mais orientações para cuidar dos idosos?”, as respostas foram unânimes ao expor a importância das orientações, mesmo dentre aqueles que indicaram não ter dificuldades em cuidar dos idosos, por experiência profissional ou familiar. Deparam-se constantemente com situações que envolvem o cuidado que provoca dúvidas, medos e insegurança. Preocupam-se se estavam atuando corretamente. Mais uma informação registrada no diário de campo a partir de relatos: os coordenadores deveriam receber as mesmas orientações, pois anteriormente não havia esse módulo. Quando chegam à casa e querem desenvolver as atividades conforme orientações recebidas, há coordenadores que não veem relevância e questionam os procedimentos, demonstrando não terem sido orientados.

Os cuidadores ratificaram a importância de as orientações ocorrerem antes de serem distribuídos às casas, pois nem sempre é possível organizar o Curso São Lucas em determinado período, sendo enviados sem as devidas orientações. Houve relatos de cuidadores que sentiam medo de conversar com

o idoso. Ressaltaram que o treinamento orientações devem ser a porta de entrada, antes de começarem a cuidar dos idosos.

As orientações são muito importantes... O irmão chega na casa e fica com medo até de conversar com o velhinho, mas depois que ele faz o treinamento fica mais tranquilo e começa a ter mais paciência, coisa que as vezes ele não tinha. O irmão precisa saber o que acontece quando ficamos velhos. (P2)

Tem que ter orientação de como cuidar do idoso, é fundamental. Tenho até hoje o material do curso. Como o banho não é só chegar e jogar a água, tem que ter todo o cuidado. (P6)

Ajudaram bastante as orientações que recebi no curso. O cuidado com as brincadeiras com o idoso, às vezes ele não gosta. Fica sabendo de uma coisa que já até faz, mas não da maneira certa, adequada. Acho bem importante. (P3)

Os vizinhos são uma caixa de surpresas: quanto mais a gente sabe mais é preciso saber. Como podemos entender melhor todos eles, às vezes algum cuidador passa pelo vizinho e sente que precisa trocar a fralda, mas ele faz de conta que não está vendo nada. Precisa de mais orientação de como observar melhor os vizinhos. A gente tem que fazer a nossa parte, e às vezes aquele irmão ainda não está preparado. Ser líder está na pessoa. Depois que saí do curso, fui para casa como vice-coordenador. Não era nem católico antes de vir para cá, era kardecista. Quero fazer o meu melhor, quero melhorar a minha autoestima. (P1)

As orientações são muito importantes. Aquele treinamento é a porta de entrada para nós, que estamos chegando à casa dos idosos. Sem aquilo estaríamos em uma rua sem farol, serviu de base de como devemos acolher os idosos em nossas casas. (P8)

Nos relatos observou-se que os cuidadores consideram de extrema importância os treinamentos, pois lhes propiciam um conhecimento assistencial e esclarecimentos sobre as mudanças que ocorrem com a pessoa idosa. O objetivo é desmistificar a imagem do idoso relacionada a questões negativas, como perdas, doenças e inutilidade, oferecendo uma reflexão sobre quem é o indivíduo que tem direito a escolhas e precisa ser ouvido e respeitado.

Sobre o número de idosos de responsabilidade de cada cuidador, as respostas foram diversificadas. Mas, direta ou indiretamente, todos enxergam seu papel como colaboradores no cuidado e conforto aos idosos.

Hoje sou coordenador das casas do Centro de São Paulo. Não fico diretamente cuidando dos idosos, fico de olho em todas as casas, se está faltando alguma coisa e se precisa de mais irmãos para ajudar. (P1)

Cuido de cinco idosos. Algumas dificuldades há... Como lidar com ele. (P2)

Cuido de quatro idosas e ajudo no banho de todas. A Joana tem Doença de Alzheimer; então, na hora do banho tenho que ficar com ela, se não faz tudo ao contrário. (P5)

Hoje fico responsável pela medicação, e acabo cuidado de todos os idosos. São 18 e todos têm medicação para tomar. (P6)

Cuido de todos porque sou o cozinheiro. (P7)

Cuido dos nove acolhidos, cuido de um que é um pouco desobediente que chegou ontem, ele é como uma criança. Aos poucos vou criando vínculos com ele. (P10)

Os que atuam diretamente com os idosos, nos cuidados de higiene e na assistência aos medicamentos, são responsáveis em média por cinco idosos. Em casas com mais acamados existem auxiliares que se dividem em tarefas como limpeza e auxílio aos cuidadores.

Finalizando este bloco, ficou evidente a humildade dos cuidadores em não verem necessidade de grandes mudanças com relação a seu trabalho, mas desejam promover mais conforto e cuidado aos idosos. Movidos sempre pelo carinho, compaixão e respeito aos idosos. A expressão predominante foi “amor ao próximo”.

Não mudaria nada. Todos nós cuidamos com muito amor. (P2)

Precisa de mais formação e informação. Falta muita informação, é pouco tempo, e existem pessoas que não conseguem filtrar tudo num curto tempo. O padre dá um prazo de seis meses, logo no início já deveria ter algum curso e não esperar três meses. (P3)

Não precisa mudar, todos os monitores e coordenadores cuidam da melhor maneira, dão bastante amor e carinho. Para mim estão de parabéns, porque vejo às vezes passar na televisão o que a própria família faz com o idoso, maltrata. (P4)

Os idosos precisam de mais dignidade, serem tratados como gente de verdade. Porque às vezes fica algo a desejar, e a gente quer fazer e não tem como fazer. (P6)

Não mudaria nada, todo mundo cuida com muito amor. A gente está com uma equipe muito boa, agora o M. saiu da equipe, mas vamos acolher o novo coordenador. (P8)

Passar mais vezes para ver como estão os idosos. Às vezes a gente precisa fazer outras conferências e acaba não dando a atenção adequada aos idosos. (P10)

Vejo a necessidade de ter mais atenção e carinho para os nossos idosos, nem todo mundo está preparado para cuidar deles. (P11)

Destaca-se novamente a exigência de formação mais ampla, principalmente antes de seguirem para as casas de acolhimento, promovendo um melhor acolhimento dos cuidadores àqueles que estão chegando para dividir as tarefas.

No próximo bloco analisaremos os depoimentos dos cuidadores sobre seu futuro dentro ou fora da Missão e o processo de envelhecimento.

4.7 Amanhã não quero estar aqui como idoso

O título deste tópico emergiu da fala de um dos cuidadores, em resposta a uma das perguntas, nas quais deveriam responder “se estivesse nas ruas, como você acha que seria envelhecer?”, “como gostaria de ser cuidado” e se “futuramente, você se vê fora da Missão Belém? Fazendo o quê?”. Questões que permitem analisar as perspectivas do cuidador do ponto de vista da Missão e de seu processo de envelhecimento.

Sobre envelhecer nas ruas, todas as respostas foram contrárias à permanência do idoso nas ruas, em 8 delas surgiu o termo “triste”, referindo-se à tristeza de haver idosos nas ruas, principalmente dos cuidadores que participaram, com a Missão, do trabalho de acolhimento de idosos nas ruas.

É muito triste. Vi o lugar onde o sr. J. dormia, que triste. Agora com a Copa deram uma limpada na cidade, mas é muito triste. (P1)

Uma destruição, porque a gente acaba sozinho e se destruindo, a família já cansou de ficar atrás. (P5)

Deve ser triste, fiquei um pouco na rua e não quero isso mais não. (P6)

É muito triste, às vezes me pergunto o que leva uma pessoa a envelhecer na rua. Creio que todos eles têm família, filhos, e mesmo quando eu estava sedado da droga, a minha mãe sempre foi uma das minhas riquezas da vida. Não tive muito convívio com o meu pai, mas amo meu pai, e se pudesse cuidar dele eu cuidaria, não deixaria envelhecer na rua. Tem muito idoso na rua, são um pouco mais ignorantes que a gente que é jovem. Eles acham que conseguem se virar bem na rua. (P7)

Não sei como ele deve viver, deve usar a droga dele, o idoso bebe muito na rua. É muito triste. (P4)

As respostas destacaram ainda a preocupação com idosos que têm dificuldade em permanecer nas casas pela proibição do uso de álcool e cigarro. Eles apenas aceitam ir para as casas quando estão muito debilitados, acometidos por problemas graves de saúde ou muito ébrios. Se embriagados, saem após estarem sóbrios e se depararem com as regras e propostas da Missão. Os depoimentos dos cuidadores sobre como é envelhecer nas ruas traduzem a dificuldade daqueles acostumados com a rua durante tanto tempo em se adaptar às regras rigorosas das instituições de acolhimento.

É muito triste. Às vezes o idoso está há tanto tempo nas ruas, 20, 30 anos, e quando vai para uma casa de acolhida não aguenta ficar e quer voltar para as ruas. (P3)

É triste, é uma situação muito delicada. Aí você os leva para as casas e muitas vezes não conseguem se adaptar pelo muito tempo de rua. Para mim, é muito triste. (P2)

Envelhecer na rua é muito triste, solitário, tem muita gente em sua volta na rua, mas na verdade está sozinho. Eu me sentia assim. Muitas vezes o idoso se acostuma a morar na rua, é a mesma coisa que ver uma criança na rua. O idoso na rua a gente não pode obrigar a vir para as casas. (P8)

Deve ser péssimo... Até hoje se vê muito idoso nas ruas. A rua se torna a sua rotina, na rua tem tudo, tem comida, tem bebida, droga, roupa. Acostuma, se entrega e fica na rua. Os idosos têm dificuldade em aceitar ir para as casas, porque aqui ele não pode fumar o cigarro, não vai poder tomar a pinga, e na rua ele pode fazer tudo. Ele pode até vir para a casa, mas vai fazer muita bagunça. Tem gente que está há 20, 30 anos na rua. Andamos muito na rua para ver se você consegue alguma “deixa” para roubar e conseguir droga. (P10)

A questão como gostaria de ser cuidado caso fosse um idoso e estivesse na situação dos idosos acolhidos na Missão Belém, revela o desejo de ser cuidado do mesmo modo como estão cuidando atualmente. Indica que de certa forma estão contentes com o trabalho que desenvolvem, ao mesmo tempo em que demonstram preocupação em envelhecer nas ruas, sozinhos, sem família, acolhidos por pessoas estranhas e mantidos em uma instituição. Como relataram, um quadro triste que lhes serve de exemplo para não envelhecerem nas ruas, conforme se observa em diversos depoimentos:

Da mesma forma que cuido com amor, carinho e respeito. Uma verdadeira doação. (P8)

A gente está aqui hoje e é um privilégio cuidar do idoso, para não estar amanhã aqui como idoso, se a gente seguir bem a caminhada. Por isso eu penso direitinho como estou tratando hoje o idoso, porque amanhã pode ser nós. (P1)

Queria ser cuidado da forma normal, como ser humano, e não ser tratado como um bicho. Quero ser cuidado bem, principalmente pela minha família. Que Deus tenha misericórdia de mim para quando estiver velhinho que meu filho cuide de mim, que ele não me abandone. (P3)

Como cuido deles com amor e paciência. Quando a gente ainda não está na idade deles a gente acha que tudo é muito fácil. (P5)

Gostaria de ser cuidado com amor, carinho, respeito, sinceridade, humildade. Da mesma forma que trato hoje, exijo ser cuidado. (P10)

Sobre o futuro dentro ou fora da Missão e o que estaria desenvolvendo, em todas as ocasiões pairou um momento de silêncio. Buscavam em sua memória não somente o futuro, mas a fuga de um passado bem recente em

alguns casos, que não lhes dava um norte em termos de futuro. O medo de sair da Missão, saber se estarão preparados para enfrentar a tentação das drogas, se não cairão como muitos outros que já passaram diversas vezes pela Missão. Antes de se envolverem com drogas e serem acolhidos, 9 entrevistados declararam exercer outras atividades; 5 entrevistados assinalaram querer retomar a profissão ao deixar a Missão:

Quero continuar fazendo alguma coisa para ajudar as pessoas, mesmo trabalhando de outra coisa. Sou soldador polietileno, fiz o curso no Senai, e a carteirinha vence a cada dois anos; para renovar preciso fazer a prova e pagar R\$500, e agora não tenho condições de passar. Vai abrir inscrição na Bompar¹⁰ para trabalhar como agente de saúde, e falei que quero fazer e depois quero fazer curso de cabeleireiro. Quando saí da cadeia, eles indicaram alguns cursos. Aí tinha manicure, cabeleireiro e auxiliar de cabeleireiro, e fiz de auxiliar, mas não cheguei a concluir, e aqui eu corto o cabelo do pessoal. Saindo aqui da casa quero continuar na região, não quero ir aonde minha família mora. A minha família manda no crime, é traficante, tem duas biqueiras, e onde eu ficava tinha muita droga. Se hoje sair daqui posso ir trabalhar com meu irmão, mas não quero ficar perto da droga. Nunca falei para o coordenador geral que iria ficar aqui para sempre. Vim para cá para me restaurar. Tenho curso de vigilante, motorista, poderia conseguir emprego fácil, mas não quero voltar para aquela região. (P1)

Profissão já tenho, sou do ramo da pintura, pretendo me aperfeiçoar em alguns cursos e tocar a vida que já tocava. (P2)

Planejo ter a minha família de volta, minha esposa e meu filho. Arrumar um emprego - sou segurança. Quero só ter uma vida estável, não importa qual será o emprego. Ajudar a minha esposa de verdade, como um homem. (P3)

Fiz um propósito para voltar a trabalhar. Trabalhava no lava-rápido e pretendo voltar. E penso todo final do mês vir aqui na Missão e entregar uma cesta, quero continuar ajudando a Missão. (P5)

¹⁰ O Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto é uma entidade filantrópica ligada à Pastoral do Menor, fundado em 1946. Saiba mais em <http://www.bompar.org.br/>

Trabalhar de novo, sou pedreiro. Tenho dez anos de carteira assinada, pretendo retomar. Faço o trabalho bem-feito. Perdi todos os meus documentos na rua. (P7)

Em outros depoimentos constata-se o desejo de se tornarem cuidadores profissionais, mesmo com todas as dificuldades encontradas no cuidado aos idosos da Missão Belém, revelando que eles realmente se identificam com a função:

Quero ser cuidadora de idosos, quero fazer o curso. Antes não queria nem chegar perto de um velhinho, velho é chato. (P4)

Tenho vontade de trabalhar no asilo, a minha madrinha quer que eu faça o curso de eletricista. Saindo da Missão vou focar nos estudos, é o que a minha mãe pede. (P6)

Eu trabalhava na rede hospitalar, fiz o curso de hotelaria e o de radiologia. Eu me vejo na minha profissão, como cuidador de idoso, quero fazer o curso. (P9)

Estes depoimentos dos ex-moradores em situação de rua demonstram que querem continuar se dedicando a cuidar dos idosos, apesar de saber que enfrentarão grandes dificuldades por conta dos preconceitos decorrentes dos erros passados. Observamos que o cuidado aos idosos, além de ser a forma de superar o passado e viver o presente, pode e deve ser a esperança de futuro.

Finaliza-se esta análise com o depoimento de um cuidador que vislumbra um futuro simples e direto: “Pretendo estar novamente com a minha esposa, ajudando o povo de rua, ter uma casa, levar alimento para o povo de rua, como o padre J. faz. Ele é meu espelho”. (P10)

5. Cenas do próximo capítulo

Conforme se destacou na introdução deste trabalho, o idoso sempre esteve presente em minha vida, inicialmente em consequência das relações pessoais com minhas avós e, posteriormente, no ingresso na enfermagem e especialização na área gerontológica. Os dois eventos me permitiram aprofundar com maior intensidade nas pesquisas sobre a temática do envelhecimento em seus aspectos fisiológicos e psicossociais.

Entretanto, desenvolver minha pesquisa com cuidadores de idosos da Missão Belém transcendeu tudo o que vivenciara até o momento, principalmente após a análise das respostas das entrevistas com os dez cuidadores, destacados nesta dissertação. Apesar da riqueza de detalhes que procurei imprimir na transcrição e análise das respostas, é indescritível a emoção que senti nos relatos de vida, marcados por sofrimentos, perdas, angústias, tristezas e saudade dos entes queridos, como filhos, pais, esposa e amigos. Além do medo de voltar às ruas e não ter forças para enfrentar um inimigo poderoso (o crack), droga devastadora que destrói famílias e leva ao fundo do poço. Tive a oportunidade de conhecer famílias, mesmo muito rapidamente, durante as palestras que ministrei no Curso São Lucas e nas visitas a casas de acolhimento.

Desenvolver a pesquisa foi uma tarefa muito difícil, pois utilizei como metodologia a observação participante que, com frequência, nos impulsiona a um envolvimento “excessivo” nos problemas que emergem. É um grupo muito carente de informações e orientações, e nos faz ser mais do que meros espectadores, levando-nos a participar ativamente de áreas que não implicitamente diziam respeito à pesquisa. Um dos exemplos são as drogas, as políticas e programas públicos de enfrentamento ao problema do crack e de outras drogas ilícitas na cidade de São Paulo, tema de discussão na mídia e em diversos fóruns, que dividiram a opinião dos mais variados setores da sociedade.

A exigência de delimitar o problema de pesquisa fez com que grande parte do que vivi e aprendi na Missão Belém tivesse de ser descartada, ou

melhor, guardada para as próximas oportunidades de pesquisa, temas que revelam ainda mais intensamente a complexidade do problema da população em situação de rua. Apresento como destaques na pesquisa os temas do rearranjo familiar, relação intergeracional e cuidado.

Em relação ao rearranjo familiar, observou-se que é uma filosofia adotada pela Missão Belém - formar “uma família para quem não tem família”. Porém, apenas em uma das casas visitadas, coordenada por uma idosa, era explícito o conceito de família - as monitoras e residentes mais jovens da casa a chamavam de “mãe”. Nas demais casas, mantidas por coordenadores jovens, eles se denominam e se tratam por “irmão”, em uma conotação de sentido religioso, nem tanto familiar. Existem funções de coordenação, monitoria e auxiliares, aproximando-se de uma estrutura institucional. Independentemente do lugar visitado, os idosos são sempre chamados de “vozinhas”, refletindo a relação de carinho dos cuidadores. O cuidador não é somente o responsável direto pelo cuidado e asseio, mas pela cozinha, lavanderia, limpeza e organização da casa, tendo em vista que todos colaboram para o bem-estar dos idosos.

Essa relação remete à ideia de um rearranjo familiar, sustentada pelo discurso dos cuidadores quanto a tratar os idosos como se fossem seus pais ou avós. Segundo relatos coletados no diário de campo, o convívio diário com os idosos estabelece vínculos que se fortalecem a cada dia. Quando percebem, já formam uma família, na qual um conhece as carências do outro, além dos gostos, humor, teimosias, o modo de falar, de tratar. E há momentos de conflitos e negociações, como acontece em uma família nuclear.

A relação intergeracional foi tema que se destacou na pesquisa, nas observações de campo e relatos espontâneos dos cuidadores nas palestras no Curso São Lucas, e nas respostas à entrevista. A se ressaltar na relação a sua importância no cuidado aos idosos, vários deles debilitados e dependentes do auxílio dos cuidadores para atendimento de necessidades básicas, como higiene, alimentação e medicação, levantar da cama e andar. E principalmente no que se pode classificar de “cuidado aos cuidadores”, que são ex-moradores

de rua e estão, em alguns casos, em mais uma das muitas tentativas de enfrentamento do vício das drogas, principalmente o crack.

Os jovens cuidadores relatam o aprendizado com os idosos sob diferentes culturas, palavras e conceitos, mergulhando na história individual sobre sua infância em diversas regiões do Brasil, a chegada a São Paulo, como era a cidade há décadas, bairros, prédios, transporte, empresas em que trabalharam, a profissão, ricas histórias contadas como se fossem aos netos.

A afinidade é essencial para o trabalho da Missão em tentar extrair informações referentes à história de vida para localização de parentes e amigos. A maioria chega das ruas sem documentos, às vezes apresentando quadro de demência ou simplesmente têm receio de expor detalhes da própria vida aos demais moradores da casa, com frequência uma fuga às duras lembranças dos motivos que os levaram para as ruas, nelas permanecendo.

Deve-se notar que após o estabelecimento de relações entre os cuidadores e idosos, que se identificam por meio do time de futebol, cidade natal, bairro em que cresceram ou profissão, o idoso “adota” os cuidadores e lhes mostra cicatrizes, angústias, tristezas, consequências do vício do álcool e outras drogas, perda da família, dos filhos, do emprego, dos amigos, a vida nas ruas, nos albergues e presídios. Tentam persuadi-los a abandonar o caminho das drogas, emergindo da relação intergeracional a discussão mais importante da pesquisa: afinal, quem é o cuidado e quem é o cuidador?

A discussão emergiu praticamente no final do trabalho, com a análise das respostas dos dez cuidadores. Confrontei minhas hipóteses com outros resultados da pesquisa, mais diretamente com a minha preocupação quanto à reinserção dos cuidadores na sociedade e no mercado de trabalho. Vários deles, ao receberem o certificado de participação na palestra sobre cuidados aos idosos, me questionaram se com aquele papel conseguiriam emprego.

Confesso que uma das críticas sobre o trabalho da Missão Belém era não verificar nele uma eficaz iniciativa de reinserir os jovens cuidadores na sociedade e no mercado de trabalho, a partir de cursos de qualificação

profissional ou retomada e conclusão dos estudos, o que normalmente se espera de uma ONG ou instituição do Terceiro Setor.

Porém, ao conhecer mais de perto o trabalho da Missão, constatei a preocupação em desenvolver ações com esse objetivo. Mas é uma etapa que vai além do que se pode exigir, neste momento, da instituição. Ela atua em uma esfera bem anterior à solução mais imediata de requalificação profissional ou reinserção no mercado de trabalho: o resgate do ser humano.

Apenas quem tem conhecimento do estado em que as pessoas chegam à Missão, nas chamadas casas de triagem, consegue perceber a complexidade e a verdadeira dimensão do trabalho. Não mais seres, mas farrapos humanos, sem documentos, sem banho, com vestes que precisam ser queimadas ou atiradas imediatamente no lixo, tal o péssimo odor que exalam. Tomados pelo consumo excessivo de crack e outras drogas, estão desnutridos, debilitados, confusos, com variação de humor entre depressão e agressividade.

Mas independentemente de sua situação, são acolhidos pelos missionários e demais moradores da casa. Tomam banho, recebem roupas limpas, alimentação, uma cama para dormir e, o mais importante, o carinho daqueles que com eles se identificam. Outrora estavam na mesma situação e foram acolhidos pela Missão. Aqueles que decidem ficar se recuperam do lastimável estado inicial de saúde física e psicológica, sendo em seguida encaminhados às demais casas e sítios da Missão. Ali iniciam um caminho de recuperação a partir da doação ao próximo, inserindo-se em uma nova estrutura familiar - apesar das regras rigorosas estabelecidas pela Missão, incomparavelmente melhor do que a vida nas ruas. Experiência sobre a qual não tenho competência para avaliar, mas me baseio nos relatos dos cuidadores, com os quais tive a alegria de conviver nestes dois anos.

O desejo de ver os jovens novamente inseridos e no mercado de trabalho, retornando à família, é insignificante quando se acompanha a visita dos parentes, principalmente as mães. Constata-se ali a alegria de descobrir que os filhos estão vivos, acolhidos, alimentados, limpos e em uma instituição religiosa. Afinal, poderiam ter tudo isso, mas em um presídio. Revestem-se de

grande emoção os momentos em que são crismados pelo bispo, em uma festa inesquecível, com dezenas de acolhidos. Participam os familiares e pessoas da comunidade que colaboram com a Missão.

O trabalho da Missão é um suporte social que visa, prioritariamente, revalorizar a dignidade do ser humano, além de lhe propiciar a recuperação de sua cidadania. Os missionários os auxiliam a providenciar documentos, como carteira de trabalho, identidade, título de eleitor e CPF, além de um endereço. Agora têm residência fixa, o que lhes possibilita preencher uma ficha de emprego, receber correspondência e mesmo atender a equipe do IBGE, deixando de ser invisíveis ao menos nos índices demográficos.

Retomando a pergunta - “quem é o cuidado e quem é o cuidador” -, na relação intergeracional estabelecida nas casas de acolhimento há o papel dos idosos na recuperação dos jovens cuidadores. Jovens que perderam tudo e todos, primeiramente os filhos, encontram no cuidado aos idosos, no sorriso, em sua gratidão e no carinho que os idosos lhes dispensam, a luz para recuperar a dignidade e a autoestima. Emerge o sentimento de serem capazes de cuidar do próximo, em ações “boas” aos olhos da sociedade. Como relataram, não mais invisíveis sociais quando levam os idosos às consultas e a locais aos quais muitas vezes lhes foi negado o acesso.

Na pesquisa esteve presente, em todos os momentos, a preocupação em orientar os cuidadores da Missão Belém no atendimento aos cuidados básicos aos idosos acolhidos. Mas os idosos, sem capacitação ou orientação, mostraram-se verdadeiros cuidadores e educadores a partir de sua história de vida. Influenciavam os jovens cuidadores a persistirem no caminho da luta contra as drogas, a fim de futuramente não envelhecerem nas ruas, e serem aí cuidado por desconhecidos. Os cuidadores foram unânimes sobre como gostariam de ser cuidados ao envelhecer: desejam a presença da família, demonstrando mudança de atitude e esperança de retomar os vínculos familiares rompidos.

Na outra ponta do aprendizado me coloquei humildemente como uma pessoa que inicialmente pensou em ensinar diversos caminhos, aspectos e

teorias aos cuidadores da Missão Belém. Refiro-me ao processo de envelhecimento, processos básicos sobre higiene e saúde do idoso e doenças características dessa faixa etária. Na verdade, fui apenas uma aprendiz em todo o processo, na “com-vivência” com os idosos e seus cuidadores. Venci barreiras e preconceitos típicos de quem desconhece totalmente os problemas das drogas e seu poder de devastação das famílias. Sempre tratei pacientes no espaço isolado do hospital, com estrutura física e profissional, sem compreender o contexto social e a complexidade das relações humanas.

Acompanhei como os cuidadores, com um mínimo de conhecimento, preparo e infraestrutura adequada, desdobram-se para receber um sorriso e um gesto de gratidão - embora simples, “quase nada”, são alimento vital para sua recuperação. São capazes hoje de ter esperanças em um futuro que lhes parecia impossível: vencer as drogas, recuperar filhos, família, a vida, enfim.

Conforme destaquei, este estudo é apenas o simples olhar de uma pesquisadora educada nos princípios cristãos, que acredita na solidariedade, na “com-paixão” e amor ao próximo e na esperança e na admirável capacidade do ser humano de ser solidário e compartilhar muitas vezes aquilo que a ele próprio lhe falta. Um pequeno recorte de um vasto e rico contexto para futuras pesquisas e programas sociais que pretendam efetivamente contribuir para o enfrentamento das drogas entre milhares de jovens e adultos. Seres espalhados pelas diversas cracolândias de nossas cidades e na população de rua, mais objetivamente os idosos em situação de rua.

Independente do título que virei a obter com este trabalho, e seu significado para minha carreira acadêmica e profissional, é incomparavelmente menor ao significado pessoal que estes quase dois anos de convivência com estes cuidadores de idosos da Missão Belém me proporcionaram, tornando-me uma pessoa melhor, mais humana, consciente da necessidade de uma visão muito mais ampliada sobre as diversas questões sociais, psicológicas, religiosas e, principalmente, políticas que envolvem a temática do envelhecimento, em especial quando se trata de pessoas idosas em situação de rua.

Referências Bibliográficas

BEAUVOIR, S. *A velhice*, RJ: Nova Fronteira, 1990.

BOFF, L. *Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BOSI, E. *Memória e Sociedade: lembrança de velhos*. São Paulo: Companhia das letras, 3ªed, 1994.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *IBGE vai incluir moradores de rua no censo demográfico*. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/12/ibge-vai-incluir-moradores-de-rua-no-censo-demografico>. Acesso em 10/03/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 98 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_rua.pdf. Acesso em 10/03/2014.

BRASIL. Projeto de Lei nº 284 de 2011. *Dispõe sobre o exercício da profissão de cuidador de idoso*. Disponível em <http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes>. Acesso em 20/03/2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional do Idoso*. Brasília, DF: 2010. 1ed.

BRASIL. Decreto nº 7053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em 23/06/2014.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Aspectos sociodemográficos do município de São Paulo*. Brasília, DF: 2009a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. *Sumário Executivo: Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (2008)*. Disponível em http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf. Acesso em 10/12/2012.

BRASIL. Lei nº10. 741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em 10/10/2013.

BRASIL. Lei nº 5859/72, de 11 de dezembro de 1972. Dispõe sobre a profissão de empregado doméstico e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15859.htm. Acesso em 11/09/2013.

BRÊTAS, A.; MARCOLAN, J.; ROSA, A.; FERNANDES, F.; RAIZER, M. Quem mandou ficar velho e morar na rua? *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v.44, n.2, p. 01-08, Junho 2010.

_____; PEREIRA, C. A ética do cuidado às pessoas idosas em situação de rua. *Revista Portal de Divulgação*, São Paulo, n.17, p. 16-20, Dez 2011. Disponível em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>. Acesso em 16/03/2014

_____; ROSA A., CAVICCHIOLI M. “Cuidado de enfermagem ao adulto em situação de rua”. In: BRÊTAS ACP, GAMBA MA. (orgs). *Enfermagem e saúde do adulto*. Barueri (SP): Manole, 2006. (Série Enfermagem) p.145-153 apud BRÊTAS, A.C.P.; PEREIRA, C.M.C., 2011.

CAJUEIRO, R. *Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos: guia prático do estudante*. Rio de Janeiro. 1ª ed. Pegue & Leve, 2013.

COFEN. Regulamentação da profissão cuidador de idosos deve ser votada este mês. Junho/2012. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/>. Acesso em 06/08/2014.

CORTELLA, M.; RIOS, T. *Vivemos mais! Vivemos bem?: Por uma vida plena*. Campinas, SP: Papirus 7 Mares, 2013.

DEBERT, G. A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In: M. L. de Barros (ORG). *Velhice ou terceira idade?*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, pp 49-68, 1998

DICIONÁRIO Houaiss da Língua Portuguesa. Instituto Antonio Houaiss. Editora Objetiva , 2014.

DUARTE, J.; BARROS, A. *Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação*. São Paulo: Atlas, 2005.

DUMAZEDIER, J. Criação e transmissão dos saberes. Tradução de Vera Ribeiro. *Revista Gerontologie et société*, n. 16, julho/1992,

FALKEMBACH, E. Diário de campo: um instrumento de reflexão. In: *Contexto e educação*. Ijuí, RS Vol. 2, n. 7, p. 19-24, julho/setembro 1987.

FIPE. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. *Principais resultados do censo da população de rua da cidade de São Paulo*. São Paulo, SP: USP, 2009.

FRAZÃO, F. As novas cracolândias de São Paulo. *Revista Veja* São Paulo, maio de 2014. Disponível em <http://veja.abril.com.br/noticia/brasil/as-muitas-cracolandias-de-sao-paulo>. Acesso em 11/09/2014

GIOGERTTI, C. *Moradores de rua: uma questão social?* São Paulo: Fapesp, Educ, p. 137-138, 2012.

GUTIERRES, B. Reflexões bioéticas sobre o processo de envelhecimento e o idoso morador de rua. *Estudos interdisciplinares sobre envelhecimento*. Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 187-205, 2009.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo demográfico Brasileiro 2010*. Brasília, DF: 2010.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de Indicadores Sociais 2014 - Uma análise das condições de vida da população brasileira*. Disponível em <http://loja.ibge.gov.br/sintese-de-indicadores-sociais-2014-uma-analise-das-condicoes-de-vida-da-populac-o-brasileira.html>. Acesso em 15/12/2014.

MAGALHÃES, D. Intergeracionalidade e cidadania. In: PAZ, Serafim. *Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?* Rio de Janeiro: CBCISS-AANG/RJ, 2000.

MAY, T. *Pesquisa social questões, métodos e processos*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MERCADANTE, E. Velhice: a identidade estigmatizada. Serviço Social e Sociedade. *Revista Serviço Social & Sociedade: Velhice e Envelhecimento*, São Paulo, n.75, ano XXIV, Ed: Cortez, 2003.

MINAYO, M. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MISSÃO BELÉM. Disponível em <http://www.missionebelem.com/>. Acesso em 10/09/2013.

MUSSI, L. *Reflexão sobre a angústia existencial do cinema de Ingmar Bergman no envelhecer diante da ameaça iminente de morte e do desejo de vida*. 2012. 108 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP, São Paulo, 2012.

NERI, A. Saúde e envelhecimento: prevenção e promoção. In: as necessidades afetivas dos idosos. *Envelhecimento e subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*. Conselho Federal de Psicologia. Brasília, 2008.

OLIVEIRA, C. *Relações intergeracionais: um estudo na área de Lisboa*. 2011. 76 f. Dissertação (Mestrado em Política Social), Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Disponível em [wwwhttp://biblioteca.universia.net](http://biblioteca.universia.net). Acesso em 05/06/2014. 2011

PENSADOR, G. *O resto do mundo*. Disponível em <http://musica.com.br/artistas/gabriel-o-pensador/m/o-resto-do-mundo/letra.html>.

QUEIROZ, R. S. *O corpo do brasileiro: estudos de estética e beleza*. São Paulo: SENAC, 2000.

ROSA, A.; CAVICCHIOLI, M.; BRÊTAS, A. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. *Revista Latino-am Enfermagem*, São Paulo, 13 (4), p. 576-582, julho-agosto/2005.

_____; BRÊTAS, A. (2011). Envelhecimento em situação de rua: a história de Maria Rosa. In: Belkis Trench, Tereza Etsuko da Costa Rosa (2011). Nós e o outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa, 183-196. : Instituto de Saúde Temas em Saúde Coletiva. São Paulo (SP)

SAMPEDRO, J.L. *O sorriso Etrusco*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

SÃO PAULO. *Conselho Estadual do Idoso*. Disponível em <http://www.conselhodoidoso.sp.gov.br/>. Acesso em 17/03/2014.

SÃO PAULO. *Secretaria de Desenvolvimento Social*. Disponível em <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/>. Acesso em 17/03/2014a.

SÃO PAULO (Município). Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social – SMADS. *Censo e caracterização socioeconômica da população em situação de rua na municipalidade de São Paulo (2011)*. São Paulo: SMADS, FESPSP, 2012.

SÃO PAULO (Município). Lei nº 12.316, de 16 de abril de 1997. Dispõe sobre a obrigatoriedade do poder público municipal a prestar atendimento à população de rua na Cidade de São Paulo. Disponível em <http://www3.prefeitura.sp.gov.br/>. Acesso em 23/06/2014

SÃO PAULO. (Município). *Portal da Secretaria Municipal da Assistência Social*. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/assistencia_social/. Acesso em 15/03/2014a.

SARTI, C. Velhice na família atual. *Acta Paul Enf*, v.14, n. 2, pp.91-96, 2001.

SOUZA, H. O. Movimento Nacional dos catadores de materiais recicláveis. Massacre no centro de São Paulo: 4 anos de impunidade. Agosto/2008. Disponível em: <http://www.mncr.org.br/>. Acesso em 15/03/2014.

SPOSATI, A. *Cidade em pedaço*. São Paulo: Ed.Brasiliense, 2001.

ZIMERMAN, G. *Velhice – Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

Apêndices

Apêndice 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Ex-moradores em situação de rua que se tornaram cuidadores de idosos

O motivo da pesquisa: A pesquisa pretende investigar como ex-moradores de rua acolhidos pela Missão Belém tornaram-se cuidadores de idosos e a importância destes cuidadores receberem orientações de como cuidar do idoso (treinamento para os cuidadores)

Como será feita a pesquisa: a pesquisa envolverá as orientações com os cuidadores – diário de campo e as entrevistas com os cuidadores de idosos.

Riscos e Desconfortos: Mínimo; Informo que os procedimentos de pesquisa não comprometerão suas atividades cotidianas. O entrevistado terá plena liberdade para recusar a responder quaisquer perguntas caso não queira. Informo ainda que este trabalho não oferecerá riscos à sua saúde física ou psicológica, já que não realizará movimentos anormais, não trará mudança na sua rotina. A sua identidade não será relevada.

Benefícios Esperados: Transmitir para os cuidadores orientações referentes aos cuidados com os idosos, favorecendo um cuidado mais confortável e seguro.

Convite: Considerando os benefícios esperados por este trabalho, convidamos o(a) Sr(a) a fazer parte do nosso grupo concedendo a entrevista .

Direitos do Sujeito Convidado para a Pesquisa:

1. A equipe se responsabilizará por prestar esclarecimentos ao entrevistado, a qualquer momento da pesquisa, inclusive relativos à natureza das perguntas antes que sejam respondidas.
2. O entrevistado terá o direito de não querer participar ou abandonar a pesquisa, em qualquer momento, sem qualquer prejuízo profissional, financeiro e/ou pessoal.
3. Nenhum participante deste estudo será identificado. Garantimos autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, privacidade e confidencialidade ao participante e reiteramos que os dados ficarão sob nossa guarda, não sendo permitido acesso por pessoas não relacionadas à pesquisa. (Resolução 196/96; CONEP, CNS e MS).
4. Não haverá despesa para o participante, bem como não haverá pagamento pela sua participação no estudo.

Dúvidas e Esclarecimentos: Os responsáveis por esta Pesquisa estão a seu dispor para esclarecimento de qualquer dúvida: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), Orientadora Profa.Dra. Beltrina Côrte e sua Mestranda Leonice Aparecida Martins Sapucaia.

O Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) dispõe, também no rodapé desta página, os contatos para informar sobre questões éticas desta pesquisa.

Assinatura do Pesquisador

Eu, _____, sujeito, abaixo assinado, tendo recebido todos os esclarecimentos acima citados, e ciente de meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo toda documentação necessária, a divulgação e a publicação em periódicos e revistas, apresentação em congressos, *workshops* e quaisquer eventos de caráter científico.

_____, _____ de _____ de 2013

Assinatura do Entrevistado

Apêndice 2: Roteiro de entrevista com os cuidadores de idosos

A) Dados da casa de acolhimento

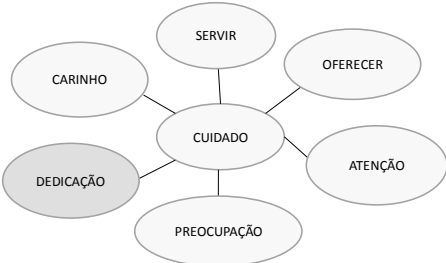



- 1) Nome da casa que coordena: _____
- 2) Número de acolhidos: _____
- 3) Quantos são idosos (= ou <60 anos): _____
- 4) Perfil da casa: () homens () mulheres

B) Dados sócio – demográfico

- 1) Idade: _____
- 2) Estado civil: _____
- 3) Escolaridade: _____
- 4) Possui filhos?() Não () Sim. Quantos: _____
- 5) O que te levou para as ruas? Quanto tempo ficou nas ruas, em que local permanecia nas ruas?
- 6) Como chegou à Missão Belém e há quanto tempo está na Missão?
- 7) Hoje nas casas de acolhimento como é cuidar dos idosos?
- 8) Você sente alguma diferença ao cuidar de um jovem, adulto e idoso?
- 9) Como você se sente nesta mudança de morador de rua para cuidador de idosos?
- 10) O cuidador recebe algum benefício?
- 11) Quais as principais dificuldades encontradas para prestar os cuidados ao idoso?
- 12) Qual o tempo doado para cuidar dos idosos?
- 13) Como você gostaria de ser cuidado?
- 14) Futuramente você se vê fazendo isto fora das casas de acolhimento?
- 15) Você sente a necessidade de mais orientações para cuidar do idoso? Quais?
- 16) Quantos idosos você cuida? Quais as dificuldades? O que gostaria de mudar?
- 17) Como se tornou cuidador de idosos?
- 18) Se estivesse nas ruas como acha que seria envelhecer nas ruas?

Anexos

Anexo 1: Exemplo de Material didático utilizado nas orientações aos cuidadores da Missão Belém

<p>Orientação de cuidadores de idosos MISSÃO BELÉM</p> <p>Enfermeira Leonice Martins Sapucaia Especialista em Gerontologia e Geriatria - UNIFESP Mestranda em Gerontologia Social – PUC - SP</p>	<p>O que vamos ver...</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que significa cuidar; ✓ Higiene das mãos; ✓ Higiene corporal; ✓ Higiene oral; ✓ Casos de emergência.
<p>O CUIDADO: O que significa o cuidado????</p> 	<p>QUEM É O CUIDADOR</p>  <p>A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pelo pessoal somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha</p>
<p>Higiene das mãos</p> 	<p>Higiene</p> <p>A higiene corporal além de proporcionar conforto e bem-estar se constitui um fator importante para recuperação da saúde.</p> 

Exemplo de Material didático utilizado nas orientações aos cuidadores da Missão Belém

Banho de chuveiro com auxílio



- Observar a necessidade de cortar as unhas das mãos e pés. Caso haja necessidade corte-as retas com muito cuidado, principalmente em pacientes diabéticos;
- A higiene dos cabelos deve ser feita no mínimo 3 vezes por semana. Diariamente avalie o couro cabeludo observando se há feridas, piolhos e coceiras;
- O banho de chuveiro pode ser feito com o idoso sentado em uma cadeira com apoio lateral ou cadeira própria para banho.

Higiene oral

- Deve ser realizada após as refeições e antes de dormir.
- No caso de desdentado deve realizar a limpeza da mucosa com gaze ou algodão embebido em água.



BASTA ESCOVA
DENTAL MACIA,
ÁGUA,
GAZE/ALGODÃO
CREME DENTAL



Higiene



O ambiente limpo além de proporcionar conforto evita a transmissão de algumas doenças.



Casos de emergência



Engasgo - manobra

Tente primeiro retirar com o dedo o pedaço do alimento que está provando o engasgo.

Ao alimentar a pessoa acamada, coloque-a na posição mais sentada possível com a ajuda de almofadas e travesseiros e não dê líquidos e alimentos à pessoa que estiver engasgada

Casos de emergência

Desmaio: é a perda temporária da consciência, pode ocorrer quando a pessoa tem uma queda da pressão arterial, convulsões, doenças do coração e hipoglicemia. Todo desmaio deve ser investigado.

Cuidados: nunca ofereça líquidos ou alimentos, pois a pessoa pode engasgar



Estatuto do Idoso



Título 1 – Art. 4 : Nenhum idoso será objeto de negligência, discriminação, violência (agressão), crueldade.....

Capítulo II – Art. 98: Abandonar idoso em hospitais, casas de saúde..... Pena: de detenção de 6 meses a 3 anos e multa.