

Influência de políticas públicas e sociais na vida das pessoas em situação de rua e consequências no processo de rualização

Influence of public and social policies on the life of homeless people and consequences in the homelessness process

Luiz Guilherme da Silva da Rosa¹, Sarah Beatriz Coceiro Meirelles Félix², Felipe Conceição Ananias¹, José Eduardo Fabrini de Maria¹

1. Graduando do 6º ano do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina.

2. Fisioterapeuta. Doutoranda em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina.

CONTATO: Luiz Guilherme da Silva da Rosa | Rua Vasco da Gama, 108 | Londrina- PR | CEP 86036010 | E-mail: rosaguilherme65@gmail.com

Resumo: O objetivo do estudo foi conhecer a influência de políticas públicas e sociais na vida das pessoas em situação de rua e as consequências destas no processo de rualização. Trata-se de revisão integrativa de artigos pesquisados na base de dados PUBMED, utilizando os descritores “*Homeless person*” e “*social welfare*”. Os critérios de inclusão foram: idioma português, inglês e espanhol, publicados entre 2010-2016, disponíveis na íntegra, pautando políticas voltadas à população em situação de rua. Dos 535 artigos encontrados, 11 foram incluídos e abordavam programas norte-americanos, canadenses e ingleses; orfanatos quenianos e assistência social brasileira. Os resultados apontam que o uso de substâncias ilícitas e rualização ocorre mesmo em indivíduos acompanhados desde a infância, e as políticas amparam principalmente necessidades materiais, acarretando consequências que sustentam a necessidade de manutenção destas políticas não cumprindo o papel de emancipação de direitos individuais.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas em Situação de Rua. Seguridade Social. Economia e Organizações de Saúde.

Abstract: The objective of the study was to know the influence of public and social policies on the lives of street homeless people, and their consequences in the process of street living. It is an integrative review of articles researched in the PUBMED database, using the descriptors “*Homeless person*” and “*social*

welfare". The inclusion criteria were: texts in Portuguese, English and Spanish, published between 2010-2016, fully available, guiding policies aimed at the population living in the street. From 535 articles found, 11 were included and covered North American, Canadian and English programs; Kenyan orphanages, and Brazilian social assistance. The results indicate that the use of illicit substances and street living situation occur even in individuals followed since childhood, and policies support mainly material needs, leading to consequences that sustain the need to keep these policies, not fulfilling the role of emancipation of individual rights.

KEYWORDS: Homeless Persons. Social Welfare. Health Care Economics and Health Organizations.

Introdução

A vida em sociedade é influenciada pelas transformações ocorridas ao longo da história das civilizações. O desenvolvimento social infere em modificações nos aspectos políticos, educacionais, na saúde e, principalmente, no mercado com reverberações mundiais. Percebendo o papel de protagonista destas transformações, o homem desenvolveu determinadas habilidades em um processo de tomada de consciência de si e de sua potência para mudar realidades¹.

Na gênese das grandes transformações que vivemos na sociedade ocidental encontramos o advento do capitalismo e seus meios de produção, refletindo em reformulações do modo de organização da sociedade e da maneira do indivíduo se comportar no mundo². Autores como Esping-Andersen³ apontam que a instauração do capitalismo tornou o bem-estar do indivíduo ligado às relações monetárias, diferente de sociedades pré-capitalistas. Porém, este regime mostrou-se explorador do trabalhador em meios de produção sem garantias de proteção social, ocasionando uma divisão de classes⁴.

A experiência vivida no início do século XIX influenciou modelos políticos e econômicos ao longo dos tempos e a I Guerra Mundial foi um marco histórico para que intervenções estatais ocorressem buscando restaurar a economia abalada naquele

período e resgatar o crescimento do mercado. É importante considerar a grande responsabilidade do Estado investindo no futuro e bem-estar do seu povo, destinando políticas públicas para proporcionar melhorias em vários aspectos da vida da população^{3,4}. Desta forma, há que se relembrar do conceito de *welfare state*, que é parte desse processo. Partimos do princípio de que "ele envolve responsabilidade estatal no sentido de garantir o bem-estar básico dos cidadãos"⁴.

Movimento que fez parte de países em diferentes níveis de desenvolvimento econômico e, no nosso país, devido ao tipo de escolhas políticas que foram tomadas, este pensamento do *welfare state* teve suas diferenças. Segundo Eduardo Grin⁵, a consolidação do *welfare state* na Europa ocorreu a partir da década de 1960 ao universalizar os direitos sociais, ao passo que, no Brasil, as políticas sociais existentes já na década de 1930, apenas serviram aos objetivos da classe dominante³.

No Brasil, a partir de 1988, e especialmente após 1994 - com a implantação do Plano Real e a consequente estabilidade econômica -, o sistema de políticas sociais passou a ser visto como positivo para o desenvolvimento econômico, porém o país encontrava-se com grande estratificação social⁵. Esping-Andersen³ comenta que o *welfare state* só é encontrado em base de uma organização social que crie excedentes de recursos – financeiros -

que possam ser investidos em políticas públicas e sociais.

Existe um processo de estadia no Brasil que consiste em criar um sistema de direitos sociais antes de consolidar os direitos civis e políticos, gerando um sistema que aprofunda a desigualdade social e a exclusão^{5,6}. De acordo com Wlodarski e Cunha², a igualdade e a desigualdade são geradas de forma semelhante, baseando-se nas regras e acordos sociais, porém os autores destacam que “deixar de aplicar as regras de forma igual aos membros de um grupo, que exige esse procedimento, é entendido como uma forma de injustiça e desigualdade”.

As questões sociais amparadas de maneira insuficiente por políticas de governo geram uma série de situações que refletem em toda a sociedade, neste contexto daremos foco ao aumento do número de pessoas em situação de rua. O incremento de pessoas vivendo nesta situação decorre de diferentes fatores como: a urbanização ocorrida no século XX; o aumento da concentração de pessoas vivendo em grandes cidades; a formação de grandes centros urbanos; a desigualdade social; a pobreza; o desemprego; o preconceito da sociedade com relação a esse grupo populacional e, até mesmo a ausência de políticas públicas⁵. Ausência de moradia, trabalho e renda; fatores biográficos relacionados à vida particular do indivíduo – por exemplo, a quebra de vínculos familiares; doenças mentais; uso abusivo de álcool ou drogas e fatos da natureza – como terremotos ou inundações, também são citados como motivos de arruamento⁶.

Deve-se destacar que o governo federal, partindo de dados como estes e também da Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua⁷, criou a Política Nacional para Inclusão Social para a População em Situação de Rua no Brasil, pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009⁸. Esta política procura diminuir lacunas sociais e incluir uma população deixada historicamente à margem dos governos. Tem aspectos de iniciativas de bem-estar social por parte do Estado, buscando dar voz às necessidades e garantir direitos e deveres destes brasileiros⁸.

Tomando por base que existem, no âmbito nacional e internacional, diferentes políticas públicas e sociais que buscam um estado de bem-estar social das pessoas em situação de rua, o

objetivo deste estudo foi conhecer estas iniciativas e descrever as influências delas na vida das pessoas e suas consequências no processo de rualização apontadas pela literatura.

Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa na base de dados PUBMED, incluindo artigos originais, monografias, dissertações de mestrado e teses de doutorado que abordassem resultados das políticas públicas e sociais para pessoas em situação de rua, publicados em português, inglês e espanhol e estivessem disponíveis eletronicamente na íntegra. A revisão integrativa é um método de seleção de temas específicos e posterior síntese de publicações provenientes de literaturas empíricas ou teóricas buscando uma compreensão mais abrangente de um fenômeno particular^{9,10}.

Para esta revisão foram consideradas sete etapas: elaboração da questão de pesquisa, definição do objetivo do estudo, estabelecimento de critérios de inclusão/exclusão de artigos para seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise das informações, interpretação dos resultados e apresentação da revisão¹⁰.

Os seguintes descritores em ciências da saúde foram utilizados: “*Homeless person*” e “*social welfare*”. O levantamento das publicações nas bases de dados ocorreu nos meses de abril e maio de 2016.

A busca considerou as publicações a partir do ano de 2010, visto que em 2009 iniciou no Brasil a Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua⁸. Dessa forma, entendeu-se relevante fazer o ponto de corte no ano de 2010 para traçar um paralelo às iniciativas de bem-estar sendo políticas públicas ou sociais ocorridas em outras partes do mundo.

A leitura dos textos selecionados foi norteada pela seguinte questão: “*Quais políticas públicas e sociais para pessoas em situação de rua já existiam ou iniciaram globalmente de forma coexistente à Política Nacional de Inclusão Social da População em Situação de Rua ocorrida no Brasil em 2009?*”

e “Quais influências sobre a vida das pessoas em situação de rua estas iniciativas públicas e sociais apontaram e as consequências no processo de rualização?”.

O registro dos artigos foi realizado em um instrumento contendo: título, ano da publicação, país de origem do estudo, objetivos, população, tipo do estudo, método, principais resultados e conclusões do estudo.

Neste manuscrito, para compreensão do conceito de políticas públicas e políticas sociais, utilizou-se Höfling¹¹ que define o *Estado* como um conjunto de instituições permanentes que possibilitam a ação do governo, sendo assim, as políticas públicas são a forma como o governo implanta seu projeto e opera através de programas e ações para os diferentes setores da sociedade. As políticas sociais “se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, visando a diminuição das desigualdades estruturais para o desenvolvimento econômico”¹¹.

Posteriormente, foi construída uma tabela para sistematizar os achados de acordo com as questões norteadoras.

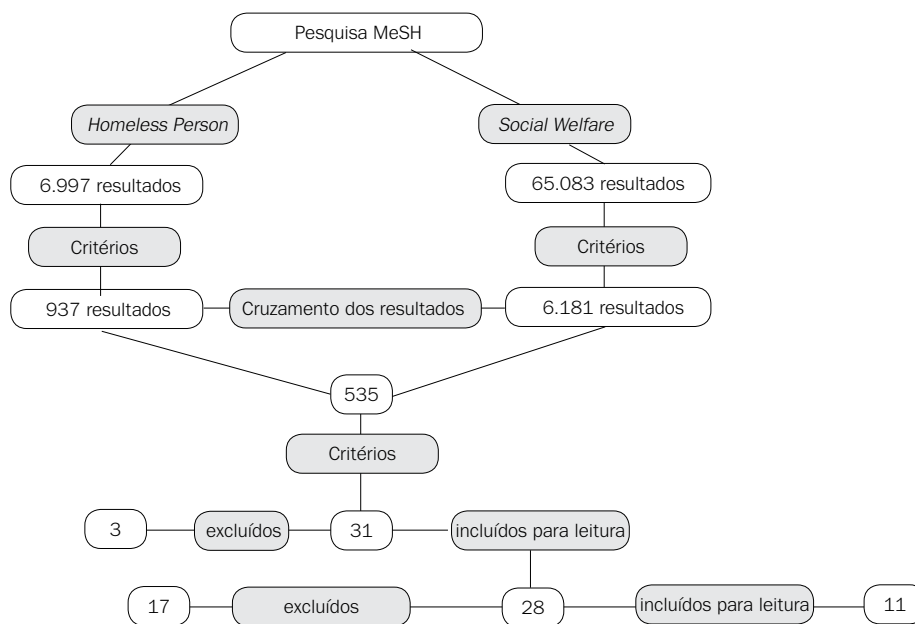
Resultados

Primeiramente foi realizada consulta na plataforma MeSH, dentro do PUBMED com o descritor “homeless person”. Os seguintes *entry terms* foram posteriormente incluídos na busca: “Homeless Person; Person, Homeless; Persons, Homeless; Homelessness; Street People e People, Street”. Estes cruzamentos apresentaram 6.997 artigos. A partir dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 937 textos deste primeiro descritor.

O mesmo processo na plataforma MeSH foi feito com o segundo descritor “social welfare”. Os seguintes *entry terms* foram incluídos: “Welfare, Social; Services, Community; Community Service; Service, Community; Community Services”. Apareceram inicialmente 65.083 artigos e, seguindo os critérios de inclusão e exclusão, ao final permaneceram 6.181.

Após o cruzamento dos 937 artigos do primeiro descritor com os 6.181 do segundo, foram excluídas as referências repetidas, encontramos um total de 535 resultados e refinando ainda mais as buscas, 11 permaneceram. A figura 1 ilustra o percurso de seleção dos artigos.

Figura 1. Seleção dos artigos na base de dados PUBMED



Fonte: Elaborado pelos autores.

Quadro 1. Síntese das influências das políticas públicas e sociais sobre a vida de pessoas em situação de rua, segundo os artigos revisados.

REFERÊNCIA	POLÍTICA CITADA	INFLUÊNCIA DA POLÍTICA
THOMPSON JUNIOR RG, HASINA DS. (2011). EUA ¹³ .	<i>Foster Care</i>	Ter histórico de <i>Foster Care</i> apresenta probabilidade 3 vezes maior para o uso de cigarros e maconha e 9 vezes maior de ter estado em tratamento para dependência.
PATTERSON ML, MONIRUZAMAN A, SOMERS JM (2015). Canadá ¹⁴ .	<i>Foster Care</i>	As experiências anteriores em <i>Foster Care</i> , aumentam o risco de desordens mentais, suicídio, uso precoce de substâncias como álcool e/ou drogas, uso de drogas injetáveis e uso de mais de um tipo de droga.
DWORSKY A, NAPOLITANO L, COURTNEY M (2013). EUA ¹⁵ .	<i>Foster Care</i>	<i>Foster Care</i> ocasionou início precoce do processo de realização.
BARKER B, et al (2014). Canadá ¹⁶ .	Cuidados governamentais canadenses	Ter ficado sob os cuidados do governo enquanto criança antes de estar em situação de rua é comum, e nos indivíduos com este histórico houve maior relato do início precoce e do uso de substâncias ilícitas, ser de ascendência aborígine, ter sido vítima de abuso físico, ter pais usuários de álcool e/ou drogas ilícitas e ensino médio incompleto. Políticas de intervenção social baseadas em garantir suporte educacional suavizam os resultados da pobreza.
EMBLETON L, et al (2014). Quênia (estudo), EUA ¹⁷ .	Orfanatos quenianos	Os resultados apontam que 95% das crianças institucionalizadas têm mais probabilidade de ter suas necessidades materiais básicas satisfeitas em comparação a apenas 17% das crianças com cuidados baseados apenas no apoio à família. Apontam que os cuidados familiares devem ser estendidos à comunidade, implementando ações de autocuidado para órfãos que posteriormente entrarão em processo de realização.
PARK JM, FERTIG AR, ALLISON PD (2010). EUA ¹⁸ .	Citou <i>TANF</i>	O estudo destacou que famílias vinculadas ao TANF estão associadas à maior chance de debilidade da saúde materna, demonstrando que crianças em situação de rua também apresentam vulnerabilidade associada não apenas à sua condição financeira e social, mas também de como estão sendo realizados os seus cuidados essenciais.
WATSON DP, WAGNER DE, RIVERS M (2013). EUA ²⁰ .	<i>Housing first model</i>	Estudo caracteriza o modelo como uma política pública social dos EUA com baixo limiar de admissão, que atua na redução de danos, prevenção de despejo (retorno à rua), separação entre habitação e gestão de casos e estratégias para informar e educar os usuários quanto às regras de convivência
MAYBERRY LS, SHINN M, BENTON JG, WISE J (2014). EUA ²³ .	<i>Transitional housing program e doubled up</i>	Os resultados apresentam que as pessoas que viveram em albergues relataram problemas com o caos do ambiente; com limitação imposta pelas regras do ambiente e problemas de privacidade.
CRAIG GM, ZUMLA A (2015). Inglaterra ²⁴ .	Tratamento tuberculose na Inglaterra	Circunstâncias sociais e institucionais impactam a adesão ao tratamento. O uso de drogas, álcool e estar em situação de rua são complicadores para a adesão, além do estigma social que a doença traz.
BORYSOW IC, FURTADO JP (2014). Brasil ²⁵ .	Assistência social no Brasil	Constatou-se a falta de estratégias no setor saúde para busca ativa, destacando a ausência da Estratégia Saúde da Família no acompanhamento contínuo destas pessoas, verificando ser esta ação restrita à Assistência Social por meio do serviço de abordagens de rua.
WANG H, et al (2015) EUA ²⁶ .	Serviço de caridade Norte-Americano e atendimento ambulatorial com primeiro atendimento médico	Indivíduos em situação de rua apresentam um número maior de atendimentos inadequados e o local relatado é o serviço ambulatorial de primeiro atendimento. O indivíduo que usa inapropriadamente o serviço tende a ser mais jovem do que os que usam apropriadamente

As publicações selecionadas eram em sua maioria norte americanas, sendo 7 (63,63%) dos Estados Unidos da América (EUA) e 2 (18,18%) canadenses. As demais eram uma do continente europeu e uma sul-americana. Dos artigos avaliados todos foram escritos entre 2011 e 2015, sendo 5 (45,45 %) publicadas em 2014. Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa, evidenciou-se predominância de estudos quantitativos sendo 9 (81,81%), que dividiam-se em: estudos de caso 1(9,09%), coorte 4(36,36%), estudos transversais 2(18,18%), ensaio clínico 1(9,09%) e caso controle 1(9,09%). As análises qualitativas eram ambas estudos de caso. Os 11 artigos apresentavam resultados de estudos realizados em variadas faixas etárias, desde crianças, jovens, adultos jovens, adultos e famílias.

As políticas encontradas nos 11 artigos selecionados foram: *Foster Care*, *Housing First Model* e *Housing programs*; orfanatos quenianos; assistência social brasileira; seguro de caridade norte-americano; cuidados governamentais canadenses e política de tratamento para tuberculose na Inglaterra (Quadro 1).

Neste contexto, o *Foster Care* surge como uma política pública e social abordada em 3 (27,27%) dos artigos dessa revisão. Segundo Barbell¹² *Foster Care*

é um programa estadunidense que incorpora uma complexa rede de acolhimento para crianças vítimas de negligência familiar. Oferece serviço temporário de proteção em que o acolhido fica sob tutela de um centro especializado ou de uma família com interesse em adotá-lo, até que os problemas familiares sejam resolvidos e a criança possa voltar ou achar um novo lar.

Limitações nesta política apareceram em alguns dos estudos revisados demonstrando deficiências quando as pessoas saem do programa e também nas orientações dadas enquanto o indivíduo estava vinculado a ele. Em estudo realizado na cidade de Nova Iorque (EUA) analisando adultos jovens em situação de rua, os resultados apontaram que os indivíduos com histórico de

Foster Care tinham probabilidade 3 vezes maior de usar cigarros e maconha e 9 vezes maior de ter estado em tratamento do uso de drogas. Entretanto, não foi encontrada significância estatística para uso de álcool em comparação com adultos jovens sem histórico de *Foster care*¹³.

Em estudo semelhante realizado no Canadá, Patterson¹⁴ também encontrou risco aumentado para apresentar desordens mentais (depressão maior, transtorno do pânico e estresse pós-traumático), suicídio, além do uso precoce de substâncias como álcool e/ou drogas (iniciando antes dos 14 anos de idade), uso diário de drogas, uso de drogas injetáveis e uso de mais de um tipo de droga em pessoas com histórico de *Foster Care*. Torna-se difícil apontar o programa, - que tem por função acolher crianças vítimas de qualquer tipo de violência - como causa destas consequências, pois, como argumenta o mesmo autor, há necessidade de enxergar esse adulto em situação de rua com desordem mental ou abuso de substâncias, no contexto de adversidades acumuladas anteriormente à experiência de vida no programa.

A análise de Patterson¹⁴ aponta ainda como resultado que 23% dos entrevistados (do total de 497 participantes) já tiveram filhos sob a tutela do *Foster Care*. Além disso, aponta um perfil sociodemográfico de mulheres, de etnia aborígine, com estudos não concluídos, com paternidade e processo de rualização precoce e não possuir trabalho fixo, argumentação semelhante é encontrada no estudo de Dworsky¹⁵.

Outro estudo, realizado por Barker¹⁶ analisando jovens em situação de rua no Canadá, descreve que ter ficado sob os cuidados do governo antes de estar em situação de rua é comum e, nos indivíduos com este histórico, o início precoce do uso de substâncias ilícitas, ser de ascendência aborígine, ter sido vítima de abuso físico, ter pais usuários de álcool e/ou drogas ilícitas e ensino médio incompleto foram frequentemente encontrados. O alto número de etnia aborígine entre os entrevistados (compondo 50% da população estudada) pode estar ligado ao fator histórico da relação desta população com programas sociais religiosos, o que pode ter levado

a um processo de destruição da cultura, identidade deste grupo e consequente rualização.

O estudo canadense aponta preocupação na formulação de políticas públicas que incluam ações para prover infraestrutura, conscientização e autoafirmação das pessoas em seu grupo cultural. Os resultados apontam ainda que as políticas de intervenção social baseadas em garantir suporte educacional suavizam os resultados da pobreza¹⁶.

Outra análise, realizada em 2014, explora os modelos de cuidados com órfãos ou crianças separadas de suas famílias devido à epidemia da AIDS na África subsaariana, principalmente no Quênia¹⁷. A análise evidencia quatro grandes modelos de cuidados incluindo: cuidados institucionais (oferecendo cuidados residenciais; de apoio para crianças órfãs; resgate, detenção ou outro suporte residencial de curto prazo), cuidados baseados na família, cuidados baseados na comunidade e autocuidado. Os resultados apontam que 95% das crianças institucionalizadas têm mais probabilidade de ter suas necessidades materiais básicas satisfeitas em comparação a apenas 17% das crianças com cuidados baseados na família¹⁷. Apontam que os cuidados familiares devem ser estendidos à comunidade e que todos os modelos podem implementar ações de autocuidado para órfãos que posteriormente entrarão em processo de rualização.

Park¹⁸ realizou uma investigação extensa e abrangente nos Estados Unidos da América, e percebeu que as crianças que nasceram nesta condição, ou pertencem a famílias que estavam em situação de rua no momento da pesquisa, estão suscetíveis a diversos agravos de saúde, incluindo alterações no desenvolvimento cognitivo e físico, bem como situação de vulnerabilidade das relações familiares.

As crianças em sua maioria eram de etnia negra ou hispânica, tiveram baixo peso ao nascer, mães com doenças psiquiátricas diagnosticadas antes da gravidez e precário suporte familiar em comparação com as de moradia fixa. O autor argumenta que os serviços profissionais de assistência social e saúde devem identificar e responder às necessidades e dar

suporte a essas famílias para promover efetivamente uma melhora no desenvolvimento e na saúde das crianças.

O estudo destacou que famílias vinculadas ao TANF (*Temporary Assistance for Needy Families*), que é uma política pública criada em 1996 que integra uma rede de segurança primária estadunidense para famílias de baixa renda com crianças, oferecendo suporte econômico e de saúde para melhora da qualidade de vida¹⁹, estão associadas à maior chance de debilidade da saúde materna, demonstrando que crianças em situação de rua também apresentam vulnerabilidade associada não apenas à sua condição financeira e social, mas também à maneira como estão sendo realizados os seus cuidados essenciais. Este artigo não abordava especificamente a influência do TANF na vida das pessoas em situação de rua.

O *Housing First Model* apareceu em 1 (9,09%) estudo. Trata-se de uma forma de habitação permanente para pessoas em situação de rua “crônica” (que residem na rua), com problemas de abuso de substâncias e com desordens mentais²⁰. O estudo descreve os resultados de uma pesquisa qualitativa caracterizando o modelo como uma política pública social dos EUA com baixo limiar de admissão, que atua na redução de danos, prevenção de despejo (retorno à rua), separação entre habitação e gestão de casos e estratégias para informar e educar os usuários quanto às regras de convivência.

Os usuários que permanecem vinculados ao programa são os que demonstram maior conhecimento do funcionamento e sentem-se parte da engrenagem do programa melhorando sobremaneira suas vidas²⁰.

Um dos artigos revisados explorou os efeitos das políticas públicas e sociais nas rotinas das famílias em situação de rua, especificamente as políticas como *transitional housing program*, que consiste em “casas sociais fornecidas por uma comunidade registrada de provedores para candidatos listados que estejam em situação de muita necessidade”²¹; *doubled up* que consiste em uma forma de moradia em que a família ou o indivíduo rualizado passa a

residir com outra família com mais estabilidade financeira²²; e a institucionalização em casas psiquiátricas²³. Os resultados apresentam que as pessoas que viveram em albergues relataram problemas com o caos do ambiente; com limitações impostas pelas regras do ambiente e problemas de privacidade. Dos pais que se encontravam na modalidade “*Transitional Housing*”, os problemas com as regras deste tipo de moradia e privacidade são as dificuldades encontradas. Dos casos que viviam em *Doubled up*, o caos, as regras e a privacidade são problemas relatados. Ou seja, os programas afetaram de certa forma a vida familiar tanto positivamente como negativamente.

Outro estudo revisado explorou uma política social de cuidado em saúde para tratamento de tuberculose na Inglaterra. Craig²⁴ destacou circunstâncias sociais e institucionais impactando a adesão ao tratamento, aparecendo drogas, álcool e situação de rua como complicador, além do estigma que a doença traz.

O único estudo brasileiro incluído nesta revisão observou a relação das estratégias intersetoriais, no contexto de assistência social, para população em situação de rua visando acesso, equidade e coesão social²⁵. Constatou-se a falta de estratégias no setor saúde para busca ativa, destacando a ausência da Estratégia Saúde da Família no acompanhamento contínuo destas pessoas, verificando ser esta ação restrita à Assistência Social por meio do serviço de abordagens de rua.

Outro artigo revisado foi Wang²⁴, que tinha por objetivo analisar se o uso inadequado dos serviços de emergência se reduziria se o indivíduo rualizado estivesse sob cuidados dos serviços de caridade ou serviço ambulatorial de primeiro atendimento médico. Encontrou-se como resultado que os indivíduos em situação de rua apresentam um número maior de atendimentos inadequados e que, destes, os que se apresentam em maioria são os que estão utilizando o serviço ambulatorial de primeiro atendimento médico. Foi mostrado também que o indivíduo que usa inapropriadamente o serviço tende a ser mais jovem do que os que usam apropriadamente, porém não foi encontrada

nenhuma significância estatística para análise de fatores como raça ou etnia.

Discussão

As políticas públicas e sociais parecem estar voltadas a suprir demandas de infraestrutura (necessidade e recursos materiais) e ainda necessitam aprimorar estratégias para administrar a demanda de problemas psicológicos encontrados nessa população. A instabilidade emocional somada à falta de laços familiares é um importante fator agravante no processo de rualização²⁷; assim, um número cada vez maior de crianças atendidas pelas políticas poderá fazer o número de futuros dependentes aumentar.

Os estudos apontam uma limitação na aplicabilidade das políticas sugestionando, pois adultos que já estiveram sob tutela de alguma política necessitam de cuidados mais abrangentes. Para Dantas²⁷ “existem dois momentos de exclusão social, a face nova caracterizada por desemprego, desigualdade de renda e violência e a velha que se compõe de analfabetismo, pobreza e baixa escolaridade”.

Pode-se sugerir que abordagens limitadas ao acolhimento sem estratégias eficazes de orientação para a vida adulta são insuficientes. Este fenômeno pode ser explicado pelo grande número de participantes ou mesmo o acúmulo de adversidades argumentado, suportando a manutenção da política.

Dantas²⁷ argumenta que

a exclusão é um processo que envolve trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até ruptura dos vínculos, nos mundos sociofamiliar, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida.

O processo de rualização apresenta barreiras para a manutenção da estrutura familiar. O fim dessa estrutura prevê um número maior de problemas devido, como argumentado, à estrutura familiar funcionar como um protetor, pois para os indivíduos essa estrutura o identifica²³.

É desse ponto que podemos ver a política iniciada no Brasil em 2008 e as que já se praticavam

no mundo interferindo e modificando o processo de rualização. Como argumenta Pacheco²⁸, “as estratégias da redução de danos variam de acordo com cada realidade” e, se recorrermos, a Política Nacional de Inserção Social da População em Situação de Rua⁸ indica “garantia da atenção integral à saúde e adequação dos serviços existentes”.

De acordo com um boletim da Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA)²⁹, a redução de danos é um conjunto de políticas, programas e práticas que visam reduzir as consequências adversas à saúde do uso de drogas psicoativas. “[...] foca na prevenção aos danos, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. [...] as intervenções são pragmáticas, possíveis e efetivas”.

Em alguns estudos desta revisão^{13,14,20} não foi possível delimitar se o uso de substâncias psicoativas precedeu a admissão na política social ou a própria situação aumentou a exposição à substância. Sendo assim, pautar as ações de atenção às pessoas em situação de rua e somando o amparo às necessidades materiais, ações que promovam autonomia, garantam direitos e auxiliem os indivíduos nas suas escolhas no modo de andar a vida são formas de adequar as políticas existentes às adversidades que a vida apresenta a estas pessoas.

Conclusão

A partir desta revisão, sugere-se que a atuação de uma única política pública social parece surtir uma infinidade de consequências no futuro, criando um ciclo de atendimentos e dependentes. Percebeu-se variadas formas de políticas existentes e que elas atuam de maneira sinérgica para suprir demandas exigidas pela população em situação de rua. Mesmo enfatizando o período após a criação da política nacional, as publicações sobre seu impacto ainda é incipiente. As políticas internacionais encontradas são mais antigas que a brasileira e, mesmo assim, em número reduzido de publicações, demonstrando também pouca literatura científica que apoie as discussões em todo o mundo. Salienta-se ainda a necessidade de uma análise maior não

apenas dos resultados da política brasileira que se apresentará ao longo dos anos, como também um aprofundamento de como ela interferirá no processo de rualização.

Percebeu-se que as políticas pautadas na correção das desigualdades materiais e escolares apenas contribuem para a manutenção destas. Uma abordagem que não incorpora a escuta das necessidades do indivíduo e seu fortalecimento enquanto ser humano de direito não garante melhora nas condições de vida e retroalimenta a permanência destas pessoas em políticas públicas e sociais.

As estratégias de orientação para a vida adulta nas políticas que abordavam o jovem ou a criança em situação de rua (abrigada) foram insuficientes. Nos artigos avaliados foram encontradas evidências com significância estatística, que associaram o uso de substâncias ilícitas e álcool em jovens ao histórico pessoal de cuidados governamentais voltados à população em situação de rua. Desta forma, os programas cumprem parcialmente seu papel e as adversidades da vida destas pessoas concorrem com os cuidados amparados pelas políticas, que não conseguem amparar como propõem.

Políticas que promovam suporte familiar e autoafirmação ao usuário, enquanto indivíduo social, podem acarretar mudanças ainda mais significativas na quebra do processo de rualização.

Referências bibliográficas

1. Elias N. O processo Civilizador. Formação do Estado e Civilização. Apresentação: Renato Janine Ribeiro. V. 2. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
2. Wlodarski R, Cunha LA. Desigualdade social e pobreza como consequências do desenvolvimento da sociedade. IX Simpósio Internacional Processo Civilizador. Ponta Grossa/PR.[publicação online]; [acesso em 27 mar 2017]. Disponível em: http://www.pg.utfpr.edu.br/ppgep/Ebook/cd_Simposio/artigos/workshop/art15.pdf.
3. Andersen GE. As três economias políticas do *welfare state*. The three worlds of Welfare Capitalism. Azevedo DA, tradutora. Princeton: Lua Nova; 1991. p. 85-116.
4. Machado AF. Políticas públicas no estado de bem-estar social e no neoliberalismo. Direito em debate. 2003;XI(20).p.73-98.
5. Grin EJ. Regime de Bem-estar Social no Brasil: três Períodos Históricos, Três Diferenças em Relação ao Modelo Europeu Social-democrata. Cadernos Gest Públ e Saúde.2013; 18(63).

6. Lopes, ML. Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno População em Situação de Rua no Brasil - 1995 a 2005. Brasília, 2006.
7. Brasil. Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2008.
8. Brasil. Governo Federal. Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua. Brasília/DF. 2009.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008;17(4).
10. Souza MT, Silva MDS, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. (Revisão). São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. 2010; p.102-6.
11. Höfling EM. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. *Cadernos Cedes*. 2001;21(55). p. 30-41.
12. Barbell K, Madelyn F. *Foster Care Today*. Casey Family Programs. Washington; 2001.
13. Thompson JR RG, Hasina DS. Cigarette, marijuana, and alcohol use and prior drug treatment among newly homeless young adults in New York City: relationship to a history of foster care. *Drug Alcohol Depend*. 2011;117(1). p.66-69.
14. Patterson ML, Moniruzzaman A, Somers JM. History of foster care among homeless adults with mental illness in Vancouver, British Columbia: a precursor to trajectories of risk. *BMC Psychiatry*. 2015;15:32.
15. Dworsky A, Napolitano L, Courtney M. Homelessness During the Transition From Foster Care to Adulthood. *American Journal of Public Health*. 2013;103(S2).
16. Barker B. et al. High prevalence of exposure to the child welfare system among street-involved youth in a Canadian setting: implications for policy and practice. *BMC Public Health*. 2014, 14:197.
17. Embleton et al. Models of care for orphaned and separated children and upholding children's rights: cross-sectional evidence from western Kenya. *BMC International Health and Human Rights*. 2014, 14:9.
18. Park JM, Ferting AR, Allison PD. Physical and Mental Health, Cognitive Development, and Health Care Use by Housing Status of Low Income Young Children in 20 American Cities: a prospective cohort study. *American Journal Of Public Health*. 2011;101(S1).
19. Center On Budget and Policy Priorities. *Policy Basics: an Introduction To TANF*. Washington. 2015.
20. Watson DP, Wagner DE, Rivers M. Understanding the Critical Ingredients for Facilitating Consumer Change in Housing First Programming: a case study approach. *J Behav Health Serv Res*. 2013. 40(2): 169-179.
21. Australia. *Whats is transitional housing?: fact sheet for applicants and tenants*. Queensland. Department of housing and public works. 2013.
22. Fresno County Office Education. *Homeless Doubled Up. Homeless Youth Education Services Program*. 2015 [publicação online]; [acesso em 27 mar 2017]. Disponível em: <http://www.tcoe.org/FosterYouth/HomelessYouth/DoubledUpFlowchart.pdf>.
23. Mayberry LS. Families Experiencing Housing Instability: the effects of housing programs on family routines and rituals. *Am J Orthopsychiatry*. 2014;84(1): 95-109.
24. Craig GM, Zumla A. The social context of tuberculosis treatment in urban risk groups in the United Kingdom: a qualitative interview study. *International Journal of Infectious Diseases*. 2015;32. p. 105-110.
25. Borysow IC, Furtado JP. Acesso, equidade e coesão social: avaliação de estratégias intersetoriais para a população em situação de rua. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(6).p.1069-76.
26. Wang H et al. The Role of Charity Care and Primary Care Physician Assignment on ED Use in Homeless Patients. *American Journal of Emergency Medicine*. 2015;33.p.1006-1011.
27. Dantas M. *Construção de Políticas Públicas para População em Situação de Rua no Município do Rio de Janeiro: Limites, Avanços e Desafios*. (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2007.
28. Pacheco M. *Política de Redução de Danos A Usuários de Substâncias Psicoativas: Práticas Terapêuticas no projeto consultório de Rua em Fortaleza, Ceará*. (Dissertação de Mestrado). Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2013.
29. International Harm Reduction Association. *O que é redução de danos?: Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos*. Londres; 2010.

DATA DE SUBMISSÃO: 29/03/2017

DATA DE ACEITE: 04/05/2017