

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

ALINE FIGUEIREDO CAMARGO

**O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DE IDOSOS
EM SITUAÇÃO DE RUA**

**BELO HORIZONTE
2020**

ALINE FIGUEIREDO CAMARGO

**O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DE IDOSOS
EM SITUAÇÃO DE RUA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de pesquisa: Cuidar em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares

**BELO HORIZONTE
2020**

Camargo, Aline Figueiredo.
C172p O processo de envelhecimento sob a ótica de idosos em situação de rua [manuscrito]. / Aline Figueiredo Camargo. - - Belo Horizonte: 2020.
128f.: il.
Orientador (a): Sônia Maria Soares.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Enfermagem. 2. Envelhecimento. 3. Pessoas em Situação de Rua. 4. Idoso. 5. Cuidado Transicional. 6. Dissertação Acadêmica. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 300



Esta pesquisa é vinculada ao Núcleo de
Estudos e Pesquisas em Cuidado e
Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da
Escola de Enfermagem da Universidade Federal
de Minas Gerais.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 637 (SEISCENTOS E TRINTA E SETE) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ALINE FIGUEIREDO CAMARGO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 29 (vinte e nove) dias do mês de junho de dois mil e vinte, às 13:30 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "*O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA*", da aluna **Aline Figueiredo Camargo**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Sônia Maria Soares (orientadora), Karla Cristina Giacomini e Giselle Lima de Freitas, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 29 de junho de 2020.

Profª Drª. Sônia Maria Soares
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Karla Cristina Giacomini
(Instituto Rene Rachou)

Profª. Drª. Giselle Lima de Freitas
(EE/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
em 02.08.2021

MODIFICAÇÃO DE DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **ALINE FIGUEIREDO CAMARGO**.

As modificações foram as seguintes:

NOMES	ASSINATURAS
Profª Drª. Sônia Maria Soares	_____
Profª. Drª. Karla Cristina Giacomin	_____
Profª. Drª. Giselle Lima de Freitas	_____



Documento assinado eletronicamente por **Giselle Lima de Freitas, Professora do Magistério Superior**, em 16/07/2021, às 10:27, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Sônia Maria Soares, Membro de comissão**, em 16/07/2021, às 12:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Karla Cristina Giacomin, Usuário Externo**, em 19/07/2021, às 13:08, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 19/07/2021, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0235529** e o código CRC **F3B44A75**.



Dedico este trabalho a **Deus**, que me ajudou a construí-lo, **ao meu pai**, que faleceu no decorrer do processo de construção e deixou um legado imensurável na minha vida e dentro do meu coração e a todos os **idosos em situação de rua** que conheci ao longo destes dois anos, pessoas maravilhosas que marcaram minha vida para sempre.



Agradecimentos

Cada dia deste processo foi uma dádiva e uma nova oportunidade de transformar meu sonho em realidade, por isso só tenho a agradecer:

***A Deus**, pelo cuidado e pela oportunidade de me dar aquilo que eu sempre sonhei, por ser meu Parceiro e Dupla na realização das tarefas que eu julgava não ter condições de finalizar, por renovar as minhas forças dia após dia e me cobrir com sua misericórdia a cada manhã. Muito obrigada Senhor!*

*Aos meus amados educadores que eu tenho a honra de chamar de pais, **Neuza e João** (in memória), por me proporcionarem um contexto sólido o bastante para que eu chegasse até aqui. Meu amado paizinho me deixou no meio deste processo e quando penso no quanto ele estaria feliz ao ver a apresentação do meu trabalho me encontro em meio a lágrimas. Não posso tê-lo na minha defesa, mas dentro do meu coração ele nunca morrerá. Dizer obrigada aos dois por tudo seria pouco diante do que fizeram por mim durante toda a minha vida!!! Amo vocês!*

*Ao meu esposo **Wilson**, pela paciência, por compreender meus períodos de ausência no nosso lar, períodos de impaciência, por me consolar quando precisei e me auxiliar sempre que necessário. Amo você!*

*A minha irmã **Carol** e minha idosa preferida e amada **vovó Efigênia**, pelas orações pelos conselhos, pela escuta qualificada nos meus momentos de desabafo e por serem tão especiais na minha vida e em toda minha trajetória.*

*À minha querida orientadora **profª. Sônia Maria Soares**, pelos ensinamentos, pela paciência com minha inexperiência e por ser uma pessoa tão cativante, simples e com um coração tão sensível aos alunos, o que faz com que todos queiram ficar sempre próximos a ela. Quantas vezes ouvi suas orientações e me senti uma pessoa tão ignorante, mas também ouvi várias vezes... “Você pode! Não se subestime”. Isso soava de forma tão revigorante! Muito obrigada por tudo professora!*

Às minhas coordenadoras, professoras e fontes de inspiração **Flávia, Vera e Cristal**, por me incentivarem e me ajudarem muito em todo o processo de conclusão deste trabalho. A experiência de vocês me fez crescer enquanto pessoa e enquanto profissional...

Aos colegas **Alexa, Claudenice, Felipe e Wanderson** por abrirem as portas para que eu adentrasse nesse universo desconhecido da população em situação de rua. Sem vocês nada seria possível. Obrigada principalmente a **Alexa** por me acompanhar nas ruas, por me instruir da melhor forma possível e por ser uma parceira maravilhosa todas as vezes que precisei.

As professoras **Eline, Elysângela, Bruna, Maria Imaculada, Giselle e as demais professoras da EEUFMG** por me ajudarem a crescer enquanto pessoa e enquanto profissional com seus ensinamentos e sugestões.

A **Universidade Federal de Minas Gerais** por abrir as portas para acolher uma pessoa que pouco sabia transitar pelo universo das pesquisas. Em especial a **Escola de Enfermagem e a equipe do colegiado de pós-graduação**, por me auxiliar nos processos administrativos e de forma tão competente nos informar de cada detalhe que acontecia na escola.

Aos membros do **Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da UFMG (NEPCDH)**, por possibilitar momentos de discussão e ampliação de conhecimentos.

A **Arquidiocese de Belo Horizonte**, em especial a equipe da **Pastoral de Rua** por permitir que eu acompanhasse os trabalhos que desenvolvem e por ajudar tanto a população em situação de rua. Obrigada a todos!

A toda a equipe dos dois **Centros POP** por terem me acolhido tão bem e me auxiliado a transitar neste espaço tão pequeno e ao mesmo tempo imenso e complexo. Em especial aos técnicos **Ivan e Felipe** que foram extremamente receptivos e agradáveis!

Aos meus colegas **Quésia, Laura, Alcimar, Ísis e Marina** por dividirem comigo sonhos, lágrimas e alegrias no momento atual ou durante esses dois anos. Vocês foram fundamentais em todo o processo!

A todos, meu sincero agradecimento!

POVO DA RUA

*“Oi leva eu, povo da rua
Que eu também quero ir,
Povo da rua
Que já chegou a missão
Vamos todos nos unir*

*Leva eu, povo da rua
Trabalhamos todos juntos
Povo da rua
Verdadeiro mutirão
Povo da rua*

*Fé em Deus e pé na tábua
Buscando a libertação
Leva eu povo da rua
Neste tempo tão difícil
Povo da rua*

*A cidade vai ouvir
Povo da Rua
O grito dos oprimidos
Pra justiça construir
Leva eu povo da rua
Somos os filhos de Deus
Povo da Rua*

*Nós também temos Direitos
Povo da Rua
Nossa luta começou
Pra parar não tem mais jeito
Leva eu povo da rua”.*

Música composta por um ex-morador de rua (anônimo) e tocada nos eventos realizados pela Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte. S/D

RESUMO

CAMARGO, Aline Figueiredo. **O processo de envelhecimento sob a ótica de idosos em situação de rua.** 2020. 128 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Com o envelhecimento da população, as condições de vulnerabilidade associadas ao empobrecimento podem levar ao aumento do número de idosos em situação de rua. O presente estudo teve como objetivo compreender o processo de envelhecimento sob a ótica do idoso em situação de rua, considerando o enfrentamento das transições relacionadas ao ambiente/sociedade, saúde/doença e sua adaptação. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, ancorado na Teoria das Transições de Afaf Meleis. A coleta de dados ocorreu no período de julho a setembro de 2019 e constou de observação não participante e entrevistas semiestruturadas. Foram entrevistados 14 idosos que vivem em situação de rua por mais de um ano na região Centro Sul de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. As informações coletadas foram transcritas, organizadas de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin e estruturadas em três categorias analíticas: a invisibilidade social do envelhecimento em situação de rua; o processo de transição vivenciado na rua e os desafios da enfermagem no cuidado aos idosos em situação de rua. Os 14 idosos que participaram da pesquisa eram do sexo masculino com idade entre 60 e 75 anos, e média de 64,7 anos. Quanto ao estado civil, oito eram separados/divorciados, cinco solteiros e um casado. Em relação à escolaridade um idoso era analfabeto, oito possuíam ensino fundamental incompleto, um ensino fundamental completo, dois possuíam ensino médio completo e dois relataram ensino superior completo. Quanto ao tempo de vivência na rua a média foi de 6,9 anos com variação entre 15 meses e 40 anos. Quanto à situação financeira, 10 idosos possuíam renda fixa mensal de R\$ 91,00 (Bolsa Família) e quatro idosos tinham aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada (BPC) com valor equivalente a um salário mínimo. A fragilidade dos idosos em situação de rua é muitas vezes suficiente para separá-los da sociedade. Sua decadência os isola. Podem tornar-se menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos, sem que se extinga sua necessidade dos outros. Isso é o mais difícil: o isolamento tácito dos velhos, o gradual esfriamento de suas relações com pessoas a quem eram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo o que lhes dava sentido e segurança. Neste sentido, torna-se imprescindível que a enfermagem auxilie este idoso em seu processo transicional mas sobretudo, compreenda a realidade e o contexto no qual este sujeito vive e oportunize a materialização de seus direitos e da sua dignidade. Auxiliar o idoso que vive na rua a enfrentar seus processos de transição é fundamental para o cuidado, mas é preciso buscar articulação na rede de atenção à saúde e na assistência social para a promoção da saúde desse sujeito e contribuição para o alcance da sua autonomia, proteção, participação social e envelhecimento ativo.

Palavras chave: Enfermagem; Envelhecimento; Idoso em situação de rua; Teoria das transições.

ABSTRACT

CAMARGO, Aline Figueiredo. **The aging process under the perspective of homeless older adult.** 2020. 128 f. dissertation (Master's Degree) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

With the aging of the population, the conditions of vulnerability associated with impoverishment can lead to an increase in the number of elderly people living on the streets. The present study aimed to understand the aging process from the perspective of the elderly on the street considering the coping with transitions related to the environment / society, health / disease and their adaptation. It is a study of a descriptive nature, with a qualitative approach, anchored in the Theory of Transitions by Afaf Meleis. Data collection took place from July to September 2019 and consisted of non-participant observation and semi-structured interviews. 14 elderly people living on the streets for more than a year in the Center South region of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, were interviewed. The information collected was transcribed, organized according to the content analysis proposed by Bardin and structured into three analytical categories: the social invisibility of aging in the street; the transition process experienced on the street; nursing care for the elderly on the streets and the contemporary challenges arising from the increase in this demand. The 14 elderly people who participated in the research were male, aged between 60 and 75 years, with an average of 64.7 years. Regarding marital status, eight were separated / divorced, five were single and one was married. Regarding education, one elderly person was illiterate, eight had incomplete primary education, one completed primary education, two had completed secondary education and two reported complete higher education. As for the time of living on the street, the average was 6.9 years, with a variation between 15 months and 40 years. As for the financial situation, 10 elderly people had a fixed monthly income of U\$18,01 (Family Bag) and four elderly people had a retirement or Continuous Payment Benefit (BPC) with an amount equivalent to a minimum wage. The fragility of the elderly on the streets is often enough to separate them from society. Their decay isolates them. They can become less sociable and their feelings less warm, without their need for others being extinguished. This is the most difficult: the tacit isolation of the elderly, the gradual cooling of their relations with people they were fond of, the separation from human beings in general, everything that gave them meaning and security. In this sense, it is essential that nursing helps this elderly person in his transitional process, but above all, understands the reality and the context in which this subject lives and opportunities the materialization of their rights and dignity. To help the elderly that live in the street to face their transition processes is fundamental for the care, but it is necessary to look for articulation in the health care network and in the social assistance for the promotion of this subject's health and contribution for the reach of his autonomy, protection, social participation and active aging.

Keywords: Nursing; Aging; Homeless old adults; Transition theory;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – PIRÂMIDE ETÁRIA ABSOLUTA DO BRASIL.....	29
FIGURA 2 – MODELO EXPLICATIVO DA TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	42
FIGURA 3 – BAIRROS DA REGIONAL CENTRO SUL DE BELO HORIZONTE	48
FIGURA 4 – FLUXOGRAMA DO TRABALHO DE CAMPO.....	55
QUADRO 1 – PRÉ-ANÁLISE PARA ORGANIZAÇÃO DOS DADOS: CORPUS DA PESQUISA.....	633
QUADRO 2 – UNIDADES DE REGISTRO - TEMAS INICIAIS.....	644
QUADRO 3 – EIXOS TEMÁTICOS	655
QUADRO 4 – CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	666

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
BRICS	Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CS	Centro de Saúde
CENTRO POP	Centro de Referência da População em Situação de Rua
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIAMP-Rua	Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência
IML	Instituto Médico Legal
IST	Infeção Sexualmente Transmissível
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MC	Ministério da Cidadania
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social

MDH	Ministério dos Direitos Humanos
MS	Ministério da Saúde
MOBRAL	Movimento Brasileiro de Alfabetização
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNI	Política Nacional do Idoso
PNPR	Política Nacional para a População em Situação de Rua
PSR	População em Situação de Rua
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UE	União Europeia
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNFPA	Fundo de População da ONU
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 Contextualização do problema	18
1.2 Objetivo	26
1.2.1 Objetivo geral.....	26
2 REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1 O envelhecimento populacional, direitos humanos e seus desafios	27
2.2 Política Nacional para a População em Situação de Rua.....	33
2.3 Políticas públicas brasileiras na atenção ao idoso e a população idosa em situação de rua.....	38
2.4 A teoria das transições de Afaf Meleis: o cuidado de enfermagem e as implicações para compreensão do envelhecimento na rua.....	42
3 PERCURSO METODOLÓGICO	47
3.1 Tipo do estudo	47
3.2 Local do estudo	47
3.3 Trabalho de campo	49
3.3.1 Contato com a Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte	50
3.3.2 Capacitação para abordagem da população em Situação de Rua	53
3.3.3 Contatos com o Centro POP e inserção no campo de pesquisa	53
3.3.3.1 Critérios de seleção dos participantes	55
3.3.4 Observação não participante	56
3.3.4.1 Escolha dos participantes e aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)	58
3.3.5 Entrevista em profundidade com questões semiestruturadas.....	60
3.4 Análise dos dados	61
3.4.1 Pré-Análise	62
3.4.2 Exploração do Material	63
3.4.3 Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação	65
3.5 Aspectos ético-legais da pesquisa	66

4	O ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DOS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA.	68
4.1	Os idosos em situação de rua: um pouco das histórias de vida.....	68
5	REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA	81
5.1	A Invisibilidade Social do Envelhecimento em Situação de Rua	81
5.2	O Processo de Transição Vivenciado na Rua.....	85
5.3	Desafios da enfermagem no cuidado aos idosos em situação de rua	90
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	99
	APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	112
	APÊNDICE II – FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE	115
	APÊNDICE III - ROTEIRO DE ENTREVISTA	116
	ANEXO I – TERMO DE ADESÃO AO SERVIÇO VOLUNTÁRIO DA ARQUIDIOCESE DE BELO HORIZONTE	118
	ANEXO II - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)	120
	ANEXO III – PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG	121
	ANEXO IV – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE	123
	ANEXO V – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG	124



Apresentação

Minha aproximação com a pesquisa deu-se ainda no Curso de Graduação em Enfermagem na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais em 2013. Na época, participei de jornadas acadêmicas, projetos de Iniciação Científica e realizei um trabalho sobre o envelhecimento com meu professor de Ética em Enfermagem.

Após concluir o curso de graduação em dezembro do mesmo ano, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Betim/ MG e realizei trabalhos voltados para a Atenção Primária à Saúde.

Em 2016, após o término da Residência Multiprofissional, iniciei os estudos na Universidade Federal de Minas Gerais em uma disciplina isolada ministrada pela professora Sônia Maria Soares denominada Estudos Avançados em Cuidar em Saúde e Enfermagem – O cuidado em saúde e o processo de envelhecimento. A disciplina foi fundamental para que eu participasse do processo seletivo do mestrado na instituição.

Em seu desenvolvimento, eram propostos seminários sobre temas que envolviam o envelhecimento global e condições de vida de pessoas idosas no contexto mundial. Os resultados desses estudos demonstraram uma carência de trabalhos no Brasil com idosos em situação de vulnerabilidade social, especialmente aqueles que hoje estão envelhecendo na rua.

Assim, por meio de discussões que envolviam o amplo universo deste ciclo de vida, comecei a me interessar sobre o perfil dos idosos que vivem em situação de rua. Ao mesmo tempo surgiram questionamentos de como ofertar uma assistência qualificada sem dados relevantes sobre esta população.

Em 2017, tive a oportunidade de trabalhar no décimo segundo andar da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte e percebi que existia uma grande demanda de idosos internados que viviam em situação de rua e estavam em condições de saúde assistência criticáveis. Todo esse movimento contribuiu para o meu interesse em aprofundar o estudo sobre o idoso em situação de rua.

Nesse sentido, realizei inúmeras buscas na literatura e percebi que havia poucos estudos que abordavam esta temática, muitos deles realizados pelas Universidades de São Paulo.

No segundo semestre de 2017, realizei o processo seletivo para o mestrado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais tendo como proposta de pesquisa o desenvolvimento de um estudo para conhecer a situação dos idosos de Belo Horizonte que estão envelhecendo na rua. Fui aprovada e desde 2018 iniciei, sob orientação da Prof^a. Dra. Sônia Maria Soares, uma aproximação com estes idosos, por meio de trabalho voluntário na Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte.

A aproximação com a população em situação de rua e especificamente com os idosos contribuiu de forma significativa para meu aprendizado em lidar com esta população e para meu entendimento acerca das suas reais necessidades. Sem essa aproximação inicial seria muito mais complexo realizar este trabalho.

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas no mundo pode esperar viver 60 anos ou mais. Em 2050, estima-se que a população mundial com 60 anos ou mais chegue a dois bilhões, em contraponto aos 900 milhões em 2015. Atualmente, 125 milhões de pessoas têm 80 anos ou mais. Em 2050, haverá 120 milhões vivendo apenas na China e 434 milhões de pessoas nesta faixa etária em todo o mundo. O ritmo de envelhecimento da população em todo o mundo também está aumentando drasticamente. A França teve quase 150 anos para se adaptar a uma mudança de 10% para 20% na proporção da população com mais de 60 anos. No entanto, países como o Brasil, China e Índia terão pouco mais de 20 anos para fazer a mesma adaptação (ORGANIZAÇÃO PAN - AMERICANA DE SAÚDE, 2018).

Entre os países desenvolvidos, o que apresenta maior proporção de pessoas idosas é o Japão, sendo ainda crescente a população de pessoas idosas mais velhas, ou seja, aquelas com idade igual ou superior a 85 anos. No âmbito mundial, projeta-se um aumento de 351% de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, entre os anos de 2010 e 2050 (WHO, 2015).

Nos países da América Latina, são consideradas idosas as pessoas com 60 ou mais anos de idade. Segundo dados de 2016, a população da América Latina e do Caribe é de cerca de 652 milhões de habitantes e os idosos representam 11,1% do total dessa população, sendo que, desde o final dos anos 1960, a região experimentou mudanças importantes em sua dinâmica demográfica, com o crescimento do percentual de idosos em sua população (CHILE, 2016).

No Brasil, o processo de envelhecimento iniciou-se a partir de 1960 e as mudanças se dão de forma lenta. Em 1940, a população brasileira era composta por 42% de jovens com menos de 15 anos, enquanto os idosos representavam apenas 2,5%. Atualmente, para cada 100 integrantes da População Economicamente Ativa, há 21 idosos em situação de dependência por aposentadoria. Segundo as informações da revisão 2018 da Projeção de População do IBGE, em 2060, um quarto

da população (25,5%) deverá ter mais de 65 anos. Nesse mesmo ano, o país teria 67,2 indivíduos com menos de 15 anos e a maior parte da população economicamente ativa teria mais de 65 anos (IBGE, 2018).

Ao mesmo tempo em que ocorre o envelhecimento da população, as condições de vulnerabilidade desse grupo associado ao empobrecimento podem levar ao aumento do número de idosos em situação de rua. Os casos de abandono e violência contra o idoso são frequentes, e as garantias constitucionais não são aplicadas, resultando em falta de informação pela sociedade e pelo poder público (FERREIRA, 2018). Um cenário pouco inclusivo para a atenção qualificada às necessidades dos idosos, pode se tornar ainda mais desafiador quando o idoso se encontra em situação de rua (MATTOS; GROSSI; SCHWANKE; BRITO; GIRARDI, 2018).

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, do Ministério da Saúde (MS), adotou o conceito de População em Situação de Rua (PSR) como sendo um grupo heterogêneo que se concentra nas grandes cidades brasileiras e nas regiões metropolitanas, que tem na rua a sua principal fonte de sustento. As pessoas que compõem esse grupo possuem em comum a pobreza, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, fazendo dos logradouros públicos e das áreas degradadas o espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, podendo utilizar-se, ainda, de unidades de acolhimento para pernoite, de forma temporária ou como moradia provisória (BRASIL, 2009).

O número de pessoas em extrema pobreza na capital argentina – a área mais rica do país – dobrou nos últimos três anos para 6,5%, ou cerca de 198.000 pessoas, segundo dados oficiais. O governo da cidade de Buenos Aires ainda não divulgou números de desabrigadas até o final de 2018, mas grupos cívicos locais estimam esse número em cerca de 8.000 pessoas (REY, 2019).

No Chile, a última vez em que as pessoas em situação de rua foram contabilizadas foi no ano de 2011 e atingiram um total de 12.255. Em 2017, a equipe de especialistas em direito e moradia adequada da ONU visitou o país e em relatório, disseram ficar chocados com o abandono pelo governo de pessoas sem teto, muitas

com deficiência. “Essa população é basicamente invisível, o governo oferece poucos ou nenhum serviço, certamente nenhuma opção de moradia a não ser abrigo periódico e serviços de caridade” disse Leilani Farha, relator especial da ONU (OECD, 2020).

Os censos realizados nos últimos anos com a população em situação de rua no Brasil, especificamente no Estado de São Paulo e em Minas Gerais, explicitam o aumento gradativo de pessoas com 60 anos ou mais vivendo nas ruas dos grandes centros urbanos (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2014; GONÇALVES, 2015).

Em Belo Horizonte, o primeiro censo da população de rua realizado em 1998 revelou que 18 pessoas com 60 anos ou mais se encontravam em situação de rua. Em 2005, o segundo censo apontou 52 pessoas com 60 anos ou mais. Em 2013, o terceiro censo de população em situação de rua e migrantes de Belo Horizonte constatou um número ainda maior de idosos em situação de rua, dos 1.827 entrevistados, 70 pessoas tinham 60 anos ou mais (PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, 2014).

Os censos não desvelam especificamente aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais e culturais dos idosos em situação de rua e apresentam dados que podem não explicitar de forma precisa a questão demográfica e econômica apresentada pela população em situação de rua (IPEA, 2016).

O relatório sobre Bolsa Família e Cadastro Único gerado pelo Ministério da Cidadania em fevereiro de 2020 mostra que, em Belo Horizonte, existem 8.964 famílias vivendo em situação de rua sendo que 6.472 são cadastradas como beneficiárias do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2020).

As circunstâncias que levam um indivíduo à situação de rua são múltiplas, dentre as quais são prevalentes o desamparo, os desafetos familiares, as enfermidades, a perda de atividade laboral. As maneiras como os moradores de rua sobrevivem, também são diferentes, e se configuram como trabalhos diversificados e precários, sem vínculos empregatícios formais e com salários consideravelmente reduzidos. O único fator comum a todos, e que os unifica em um mesmo grupo social

é a situação de rua que os expõe ao perigo e à condição sub-humana em que vivem (FRIAS; PERES; PEREIRA; NEGREIROS; PARANHOS; LEITE, 2014).

O fenômeno da população de rua ganha mais um aspecto: o aumento do envelhecimento. Moradores de rua com mais de 60 anos estão presentes em grande parte das cidades e metrópoles vivendo em estado de vulnerabilidade biológica e social, sendo abandonados não só pelas famílias, mas também pelo poder público (FERREIRA, 2018; CRUZ; BELTRAME; DALLACOSTA, 2019).

O envelhecimento humano altera os principais sistemas fisiológicos, o que torna o idoso mais frágil e suscetível ao comprometimento da capacidade físico-funcional. Ainda que envelhecer não seja sinônimo de adoecimento, com a idade avançada, os indivíduos tornam-se mais vulneráveis, e assim têm maiores demandas sociais, físicas e psicológicas (LIBERALESSO; DALLAZEN; BANDEIRA; BERLEZI, 2017).

Quando presente, a fragilidade predispõe as pessoas idosas a um baixo desempenho funcional e inatividade, reduzindo as respostas do sistema neuromuscular e aumentando as possibilidades de quedas, infecções, deficiência, hospitalização, institucionalização, sequelas ou incapacidades, necessidade de cuidador e utilização dos serviços de assistência à saúde quando seu estado clínico não resulta na morte (FREITAS, 2018). Nesse sentido é possível afirmar que o processo de transição para o envelhecimento revela-se ainda mais difícil na rua.

Atualmente, muitos estudos exploram o assunto da velhice ou do envelhecimento e a grande maioria é voltada para os profissionais que lidam com esta fase da vida ou para os cuidadores, sendo poucos destinados a conhecer as condições e os aspectos que expressem de fato o que é envelhecer em situação de rua (SORRELL, 2016; LEE; GUZMAN; PONATH; TIEU; RILEY; KUSHEL, 2016; MORAES, 2019)

Os problemas enfrentados pelos idosos em situação de rua são muitos. Nas ruas eles passam fome, frio, sede, dor, se contaminam com doenças, sofrem abusos sexuais e violências físicas, muitos chegam a óbito em consequência dessas

situações, e sofrem com a ineficácia de políticas que assegurem melhor qualidade de vida (MATTOS; GROSSI; KAEFER; TERRA, 2016; FERREIRA, 2018; MATTOS *et al*, 2018).

Criminalidade, incertezas, trajetórias de vida incompletas, são elementos que, na maioria das vezes, compõem o cotidiano de muitos idosos que vivem os seus dias no ambiente de rua. Nesse sentido, morar na rua provoca um estado de alerta para proteger-se, mesmo quando se tenta dormir. Situações de violência são constantemente denunciadas e possibilitam a reflexão sobre a origem e o modo como a violência perpetua-se nos ambientes de rua (GUTIERREZ; SILVA; RODRIGUES; ANDRADE, 2009).

Muitos idosos em situação de rua são, geralmente, migrantes que deixam o interior de cidades ou de outros estados em busca de assistência médica ou emprego em grandes metrópoles. Podem ser pessoas que romperam vínculos ou associaram-se ao contexto das drogas. Estes, por sua vez, fazem das ruas e praças da cidade sua moradia. Com vínculos enfraquecidos ou rompidos, buscam alternativas de sobrevivência (ARQUIDIOCESE DE BELO HORIZONTE, 2018).

Quando chegam às capitais, acabam perdendo suas referências. Não têm como se comunicar com a família, não possuem endereço fixo, não conseguem emprego nem documentos e não têm onde guardar seus pertences. Perdem a identidade e até o próprio nome (ARQUIDIOCESE DE BELO HORIZONTE, 2018).

Diante da problemática do aumento do número de pessoas com mais de 60 anos em situação de rua e entendendo que o processo de envelhecimento natural impõe situações que podem ser agravadas pela condição de vulnerabilidade social, optou-se por explorar essa realidade ainda pouco conhecida. O processo de envelhecimento vivenciado na rua precisa ser compreendido em todos os seus aspectos, não somente associado a doenças. É necessário compreender a transição que se efetua entre o processo do envelhecimento, entre o processo de saúde/ doença na rua e entre estar em um ambiente domiciliado e em seguida encontrar-se em situação de rua.

Os profissionais de saúde precisam se apropriar da realidade do aumento do número de idosos em situação de rua para aprimorar seus modos de produção de saúde. São inúmeros os desafios enfrentados pela população em situação de rua, dentre eles as dificuldades de acesso aos serviços públicos aliados aos preconceitos e discriminações por parte de profissionais que atendem esta população (MINAS GERAIS, 2020).

É fundamental que os enfermeiros e todos os profissionais de saúde tenham uma melhor compreensão das necessidades e preocupações dos idosos sem-teto. Os enfermeiros são profissionais que podem realizar intervenções não apenas por meio do atendimento direto ao paciente, mas advogando por melhorias no atendimento a essa população vulnerável (SORRELL, 2016).

Apesar dos esforços do Governo Federal para atender a população de rua, com ampliação do Bolsa Família, auxílio emergencial, investimentos financeiros em regiões com grande número de pessoas em situação de rua (BRASIL, 2020), não existem políticas específicas à assistência de idosos em situação de rua. A Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) garante os processos de participação e controle social e possui entre seus princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência, mas não contempla especificamente o idoso que vive na rua (BRASIL, 2009).

Esses idosos são desprovidos de privacidade, fator que interfere na qualidade da sua sobrevivência uma vez que a nossa sociedade prevê que o cuidado do corpo deve ocorrer no mundo privado. Mesmo quando abrigados em albergues dividem o mesmo espaço com dezenas de outras pessoas. Na rua inventam formas para fugir do olhar de quem passa, o que nem sempre é possível (ROSA; CAVICCHIOLI; BRÊTAS, 2005).

Viver na rua sempre pressupõe condições precárias de vida, discriminação, baixa autoestima e abandono - da sociedade, de uma forma geral, e de seus antigos vínculos familiares. Para o idoso de rua algumas das instituições básicas da sociedade como propriedade privada, família, mercado de trabalho, deixaram de propiciar estratégias usuais de sobrevivência.

Torna-se necessário o fortalecimento do acesso aos serviços de saúde e melhores condições de vida e saúde do idoso em situação de rua, aspecto fundamental em um país com acelerado envelhecimento populacional, subsidiando o cuidado na perspectiva de oportunizar melhor qualidade de vida (FREITAS, 2018).

Diante do exposto, busco compreender essa problemática considerando os seguintes questionamentos: Quem é o idoso que vive nas ruas do município de Belo Horizonte? Como é envelhecer na rua em uma metrópole brasileira? Como o idoso consegue enfrentar os processos de transição relacionados ao envelhecimento, ambiente, ao contexto social, a saúde/doença e ainda sim sobreviver?

Ao buscar responder as questões levantadas o estudo poderá contribuir para o fortalecimento de ações e estratégias capazes de promover melhor assistência ao idoso que vive nesta condição. Os gestores de serviços de saúde e de instituições que prestam atendimento aos idosos, poderão ampliar a base de conhecimento acerca desta parcela da população que vive nas ruas da capital mineira. Tendo como propósito explicitar os perfis socioeconômico, demográfico e epidemiológico do idoso em situação de rua e de como ele vivencia o processo do envelhecimento na rua também será possível a divulgação dos resultados para o fortalecimento da busca pelo entendimento das reais necessidades desta população.

Acredito que o presente estudo poderá contribuir para elucidar questões sobre este idoso em condição de rua na área de geriatria e gerontologia, além disso, para os pares que necessitam saber mais sobre essa parte da população que se encontra marginalizada e esquecida. Para os profissionais da enfermagem, que vão cuidar dessas pessoas, é fundamental uma aproximação com esta realidade bem diversa, na identificação de práticas de cuidado que podem ser adotadas.

Para os órgãos que visam atender a população idosa, como Conselho Municipal do Idoso, Defensoria Pública do Idoso, Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso, Casa de Direitos Humanos / Conselho Estadual do Idoso entre outros, será possível vislumbrar algumas peculiaridades dos idosos que vivem em situação de rua e assim, planejar ações mais próximas às suas necessidades.

1.2 Objetivo

1.2.1 Objetivo geral

Compreender o processo de envelhecimento sob a ótica do idoso em situação de rua, considerando o enfrentamento das transições relacionadas ao ambiente/sociedade, saúde/doença e sua adaptação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O envelhecimento populacional, direitos humanos e seus desafios

No Brasil e no mundo, a parcela da população com idade acima de 60 anos está crescendo em um ritmo mais acelerado do que qualquer outro grupo etário. Historicamente, o número de crianças sempre foi superior ao número de idosos. Porém, estima-se que em 2050 o percentual da população mundial acima de 60 anos ultrapasse o percentual de jovens de até 14 anos (UNITED NATIONS, 2015).

O fenômeno do envelhecimento populacional é realidade nos dias atuais, em decorrência das alterações nos padrões de causa morte que vêm acompanhando o desenvolvimento econômico. O envelhecimento na China, Japão, países da Europa e América do Norte relaciona-se ao aumento da expectativa de vida entre os longevos, que pode referir-se mais expressivamente à redução do tabaco e mortalidade por doenças cardiovasculares. Por sua vez, nos países em desenvolvimento, os índices seriam mais evidenciados, caso houvesse maior controle de epidemias de doenças transmissíveis e não transmissíveis (MATHERS et al., 2015; MOFFITT et al., 2016; SOUZA et.al., 2016).

Na China, a fertilidade começou a cair no fim da década de 60, muito antes de 1980, ano em que o governo oficialmente lançou a política do filho único. As autoridades acharam que afrouxar e, depois, abolir essa política, em meados da década de 2010, geraria um *baby boom*, mas a medida não deu o resultado esperado e hoje o país enfrenta a baixa natalidade e o abrupto envelhecimento da sua população idosa (JIANGLAN; JIE, 2016).

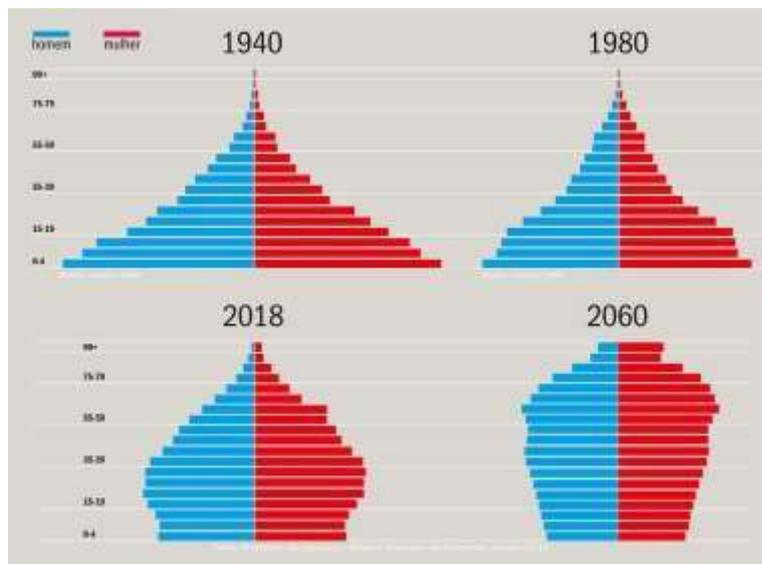
A OMS considera um país envelhecido quando 14% da sua população possui mais de 65 anos. Na França, por exemplo, este processo levou 115 anos. Na Suécia, 85. No Brasil, levará pouco mais de duas décadas, sendo considerado um país velho em 2032, quando 32,5 milhões dos mais de 226 milhões de brasileiros terão 65 anos ou mais (SBGG, 2019).

Para discutir os desafios sociais trazidos pelo envelhecimento, o Fundo de População da ONU (UNFPA) foi a Pequim com uma delegação brasileira para participar nos dias 6 e 7 de dezembro de 2017 da primeira Reunião dos BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) sobre envelhecimento. Segundo os organizadores do evento, em 2015, Brasil, China, Rússia, Índia e África do Sul eram o lar de mais de 380 milhões de idosos com 60 anos ou mais. O contingente representava 42% da população mundial nessa faixa etária (ONU, 2018).

A mudança no perfil etário da população no Brasil e no mundo ocorre devido ao aumento da expectativa de vida. A queda da taxa de fecundidade trouxe à tona a necessidade do debate sobre o envelhecimento, tornando-se um motivo de atenção por partes do Estado e da sociedade, bem como a necessidade de políticas sociais para atender esse segmento populacional (WHO, 2015; OECD, 2019).

Os idosos são cidadãos usuários dos serviços sociais, de saúde, de proteção e que precisam ter os seus direitos garantidos. A menor mortalidade de pessoas em todas as idades e a diminuição de nascimentos resulta em um aumento não só no número absoluto de idosos como também na proporção deste grupo em relação à população brasileira (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Informações publicadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que o aumento da população idosa tem mudado o formato da pirâmide etária em relação ao ano de 1980. Esta mudança será ainda mais significativa em 2060, quando aproximadamente 1/3 da população brasileira será de pessoas idosas, conforme ilustrado abaixo (FIGURA 1):

Figura 1 – Pirâmide etária absoluta do Brasil

Fonte: IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade, 2019.

Em 1980 o Brasil apresentava um número de idosos menor do que vemos hoje. A pirâmide não incitava nem mesmo a projeção dos idosos com mais de 85 anos. Com disparidade clara, em 2018 o número de idosos se eleva e em 2060 estima-se que a população idosa ultrapassará a população de crianças de 0 a 4 anos de idade (IBGE, 2019).

Além das mudanças biológicas sofridas pela população, o envelhecimento também está associado a outras transições de vida, como a aposentadoria, a mudança para uma moradia mais apropriada e a morte de amigos e parceiros. Ao desenvolver uma resposta de saúde pública para o envelhecimento, é importante não apenas considerar abordagens que melhoram as perdas associadas à idade avançada, mas também aquelas que podem reforçar a recuperação, a adaptação e o crescimento psicossocial (OPAS, 2018).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro 1948, alega que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança, em caso de desemprego,

doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (UNICEF, 1948).

É preciso refletir sobre as dificuldades relacionadas à assistência ao idoso, aos seus direitos humanos e assim garantir sua proteção e apoio adequado às suas demandas de saúde. É urgente avançar na construção de espaços de discussão e crítica junto à sociedade no tema do envelhecimento, além da importância no avanço às políticas públicas, com olhar atento sobre as ações privadas que tanto afetam essa população, como complementação de renda, previdência privada, convênios médicos, empréstimos bancários, serviços adaptados às suas necessidades, dentre outros (MORAES, 2019).

A qualificação da participação social dos idosos requer o reconhecimento do seu lugar social no tempo presente. Trata-se de buscar redirecionar a agenda pública, de forma acolher a participação dos cidadãos idosos no processo de formação, bem como procurar estruturá-la obedecendo a uma nova lógica: regida pela equidade e pela justiça social, fundamentada em princípios éticos que ressaltem a prevalência do ser humano, independente da sua faixa etária e condição social (SILVA, 2016).

Idosos estão em maior risco de falta de moradia atualmente do que em qualquer momento na história recente. No continente Africano, especificamente em Camarões, a insegurança devido às tensões prolongadas no noroeste e sudoeste obrigou mais de 4.300 pessoas a fugir de suas casas. Mais de 380.000 pessoas precisam de abrigo e cerca de 418.000 precisam de assistência médica (OCHA, 2019).

Em Israel, a Associação de Direitos Civis estima o número de pessoas em situação de rua em cerca de 25.000. No entanto, o número de pessoas atendidas pelos serviços sociais do país é inferior a 10% desse número, devido a seus critérios rigorosos (TIMES OF ISRAEL, 2018).

No que se refere à América do Norte, no Canadá, estima-se que mais de 235.000 pessoas durmam na rua em uma noite. Entre 13.000 e 33.000 canadenses são cronicamente desabrigados. Embora tenha havido um declínio no uso de abrigos

nos últimos 10 anos, o número de idosos (mais de 65 anos) aumentou (GAETZ, S.; DEJ, E.; RITCHER, T.; REDMAN, M., 2016).

Nos Estados Unidos, de acordo com o Departamento de Habitação e Desenvolvimento urbano, mais de 553.700 pessoas ficaram desabrigadas em uma única noite. No país, são criados programas de amparo às pessoas em situação de rua e até alcance de metas como moradia, trabalho e educação, o Centro Nacional de Direito sobre a PSR trabalha para expandir o acesso a moradias populares, atender as necessidades imediatas e de longo prazo e fortalecer a rede de segurança social por meio de políticas de educação pública, litígios de impacto e treinamento profissional para apoio a esta população. Acreditam que todos os seres humanos têm direito a um padrão de vida básico que inclui moradia segura e acessível, assistência médica e liberdade de discriminação e crueldade (USA, 2017).

Na França, 141.500 pessoas ficaram desabrigadas, o que representa um aumento de 50% em relação a 2001 (INSEE, 2012). No país, visualizamos um déficit de políticas de saúde voltadas para a assistência à saúde da população idosa em situação de rua. Apesar do abrupto crescimento desta população no país, pacientes em situação de rua apresentam maior número de morbidades e é clara a diferença de assistência prestada a eles (FERAL-PIERSSENS; AUBRY; TRUCHOT; RAYNAL; BOIFFIER; HUTIN; LELEU; DEBRUYNE; JOLY; JUVIN; RIOU; FREUND, 2016).

Londres, Berlim, Paris e outras grandes cidades dos países mais prósperos da Europa têm algo em comum: tentam, sem sucesso, conter ou reduzir o número de pessoas em situação de rua. A Finlândia, no entanto, é apontada como o único país da União Europeia (UE) que resolveu a questão desta população. O país oferece a eles, desde o início, habitações permanentes, sem impor condições. Concede ainda assistência social para ajudá-los a colocar a vida nos eixos, lidando com questões como vício em drogas e desemprego (FEANTSA, 2017).

Na América do Sul não é diferente. A taxa de pobreza do Peru é de 21,7% de acordo com o Banco Mundial. Estima-se que 375.000 peruanos se juntaram às fileiras dos pobres, que a agência estatal de estatística define como indivíduos que vivem

com menos de 338 soles (U\$ 105) por mês. No país, 6,9 milhões de peruanos vivem na linha da pobreza, os quais 44% estão na zona rural do Peru (REUTERS, 2018).

Na Venezuela, 90% da população vivem na linha da pobreza. Uma taxa exacerbada por políticas econômicas fracassadas e uma queda nos preços globais do petróleo. Desde 2014, mais de 3,4 milhões de venezuelanos deixaram o país, um dos maiores casos de deslocamento forçado no hemisfério ocidental. Em média, em 2018, 5.000 pessoas deixaram a Venezuela todos os dias segundo a Agência de Refugiados da Organização das Nações Unidas (ONU) e a agência de Migração da ONU. Estima-se que 2,7 milhões de venezuelanos estejam hospedados nos países da América Latina e Caribe (IOM, 2019).

No Brasil, em uma população de 210 milhões, estima-se que mais de 50 milhões vivam em condições inadequadas (HABITAT, 2017). Segundo a Fundação Perseu Abramo, havia 101.854 pessoas morando nas ruas em 2015 (FPABRAMO, 2017). O desemprego estava em 12,8% a partir de 2017, o que aumentou de 11,3% em 2016. A taxa de desemprego entre as pessoas de 15 a 24 anos é de 30,2%. A população que vive abaixo da linha da pobreza é de 4,2%, embora aproximadamente 4% da população esteja abaixo da linha da pobreza 'extrema' (CIA, 2018).

No Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Assistência Social estima que haja 14.200 desabrigados na cidade. Isso marca o aumento de 150% em três anos (RIO TIMES, 2017). Em Minas Gerais, especificamente em Belo Horizonte, o Ministério da Cidadania estima que mais de 8.000 famílias vivam em situação de rua (BRASIL, 2020).

Diante do contexto da falta de moradia e aumento da população em situação de rua no cenário mundial, é coerente pensar que entre todas as pessoas desabrigadas existem idosos que vivem em um contexto de acentuada desigualdade social e pobreza frente à fragilidade das instituições sociais (FREIRE; JUNIOR, 2017).

Segundo a Coordenação de População e Indicadores Sociais do IBGE, no documento Pesquisa de Informações Básicas Municipais, 2011, a maioria dos municípios dispõe de programas voltados aos idosos em várias áreas, entretanto não

existe nada referendado acerca da habitação para idosos, apesar de existir um déficit habitacional no Brasil que representa aproximadamente 5,5 milhões de habitações, e não haver informações suficientes que permitam contabilizar quanto representa o déficit habitacional para pessoas com idade superior a 65 anos (FREIRE; JUNIOR, 2017).

Alguns estados brasileiros já dispõem de programas habitacionais para idosos, como é o caso da política habitacional do estado de São Paulo com os programas Vila Dignidade de Avaré, Itapeva, Recanto Feliz e Vila dos Idosos; o estado da Paraíba, conta com o programa Cidade Madura; Curitiba com o programa Housing First. Com isso, além de proporcionarem o direito de uma habitação digna para os idosos, essas políticas habitacionais valorizam a manutenção da qualidade de vida, constituindo importante parâmetro de avaliação das políticas públicas (MONTEIRO, 2012).

Com o aumento da expectativa de vida, conseqüentemente, há maior concentração de pessoas idosas no espaço urbano. Nesse sentido, é notório o desafio do poder público frente às demandas por serviços e na formulação de políticas públicas urbanas acessíveis de atenção ao idoso. Essa nova configuração demográfica traz a consciência de que o cenário urbano brasileiro necessitará se (re) adequar para abranger esse expressivo segmento etário nas cidades (MONTEIRO; SILVA; VAROTO, 2017).

Torna-se imprescindível analisar se esses idosos, com idades cada vez mais avançadas conseguirão ter sua vida saudável prolongada ou se esses anos adicionais serão vivenciados sem saúde. Se os anos adicionais forem vivenciados de forma saudável e produtiva, haverá um aumento de recursos humanos que poderão continuar contribuindo de maneira ativa para a sociedade. De outra forma, haverá apenas maior demanda por saúde e assistência social (UNITED NATIONS, 2015).

2.2 Política Nacional para a População em Situação de Rua

A Política Nacional para a População em Situação de Rua – PNPR foi instituída pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 para assegurar o acesso amplo,

simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas desenvolvidas pelos ministérios que o compõem (BRASIL, 2009).

A PNPR conta com a instância de discussão e deliberação sobre as políticas públicas para a População em Situação de Rua no âmbito nacional, o Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação (CIAMP- Rua). Também fazem parte da sua estrutura a Coordenação da PNPR e do CIAMP-Rua realizada pelo Ministério dos Direitos Humanos (MDH); os comitês gestores locais; as representações da sociedade civil tais como o Movimento Nacional da População em Situação de Rua, os representantes dos Fóruns estaduais da População em situação de rua e da Pastoral Nacional do Povo da Rua da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil; e das redes de atendimento das várias políticas ofertadas pelos ministérios que compõem o CIAMP-Rua (BRASIL, 2020).

A PNPR garante os processos de participação e controle social e possui entre seus princípios, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade da pessoa humana; o direito à convivência familiar e comunitária; a valorização e respeito à vida e à cidadania; o atendimento humanizado e universalizado; e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (BRASIL, 2020).

Além da aprovação desta política, no Brasil, existem inúmeros esforços para favorecer a população em situação de rua. Como exemplo, temos a Constituição Federal que destaca o idoso na promulgação da Constituição Cidadã, em 1988. Essa foi, de fato, a primeira vez em que uma constituição brasileira assegurou ao idoso o direito à vida e à cidadania: “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida” (BRASIL, CONSTITUIÇÃO FEDERAL, art. 230, 1988).

A criação da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS – lei 8.742/93, garantiu à Assistência Social o status de política pública de seguridade social, direito ao cidadão e dever do Estado, beneficiando os idosos dentro de alguns critérios

específicos. Como exemplo dos benefícios desta lei, aos idosos a partir de 65 anos que não possuírem meios para sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família é assegurado o benefício mensal de um salário mínimo. Mesmo se esse benefício for concedido a outro membro da família, não será computada para os fins do cálculo da renda per capita que se refere a LOAS (BRASIL, 1993).

A Lei também beneficiou as pessoas em situação de rua e posteriormente, a LOAS recebeu alteração para a inclusão da obrigatoriedade da formulação de programas de amparo à população em situação de rua, por meio da Lei n 11.258/05, de 30 de dezembro de 2005, como resposta às demandas apresentadas no I Encontro Nacional de População em Situação de Rua sobre a criação de programas específicos de assistência social para as pessoas que vivem em situação de rua (BRASIL, 1993).

O Encontro foi promovido pela Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), nos dias 01 e 02 de setembro de 2005, em Brasília, com o objetivo geral de discutir os desafios e estratégias para a construção das políticas públicas para a população em situação de rua, e contou com a participação de representantes de municípios - pertencentes aos governos municipais, entidades não-governamentais e representativas da população em situação de rua - especialistas no tema e representantes das Secretarias do MDS (BRASIL, 2006).

O principal foco do Encontro era colher propostas e estabelecer desafios e estratégias coletivas visando a construção de políticas para a PSR. O evento contou com a participação de 55 pessoas, sendo: 34 representantes de 12 capitais ou municípios com mais de 300 mil habitantes, que atenderam aos critérios estabelecidos para o evento (São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Campinas, Rio de Janeiro, Niterói, Londrina, Vitória, Fortaleza, São Luís e Brasília); 05 especialistas no tema, na condição de assessores à coordenação do evento; e 17 representantes das diversas secretarias do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ressalta-se que os representantes dos municípios participantes foram assim identificados: 12 representantes de governos municipais, 12 representantes de organizações não-governamentais e 10 representantes de fóruns ou entidades de população em situação de rua (BRASIL, 2006).

Entre as principais estratégias traçadas neste encontro para ampliação dos direitos da PSR encontram-se: produção de dados por meio de pesquisas censitárias e qualitativas; articulação intersetorial e adequação das políticas públicas, como assistência social, saúde, educação, habitação, cultura, trabalho, emprego e renda, política agrária e agrícola, sistema de garantia de direitos, segurança e acesso à Justiça; desenvolvimento de trabalho que considere a garantia dos direitos, o resgate da autoestima e reorganização dos projetos de vida de cada sujeito que se encontra em situação de rua; concessão de programas, ações e projetos centrados nos aspectos da acolhida, do convívio e da autonomia; promoção da equidade em relação às questões de gênero, de etnia e cultural nos programas sociais públicos; assistência social como articuladora, a partir do SUAS, estabelecendo relações entre as três esferas de governo entre outras estratégias (BRASIL, 2006).

Pela primeira vez houve a construção de uma política para a população de rua de forma democrática e participativa. Em 25 de outubro de 2006, foi instituído, por Decreto Presidencial, o Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), coordenado pelo MDS, com a finalidade de elaborar estudos e apresentar propostas de políticas públicas para a inclusão social da população em situação de rua. O Decreto considerou também a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de governo e da participação da sociedade civil organizada nesse processo. A composição do GTI envolveu, além do MDS, diferentes Ministérios: Saúde, Educação, Trabalho e Emprego, Cidades, Cultura e Secretaria Nacional de Direitos Humanos. Estas e outras políticas destinadas à população de rua serão explicitadas neste trabalho (BRASIL, 2006).

Em 2013, as ações do Ministério da Saúde para promover a saúde dessa população passam a ser orientadas pelo Plano Operativo de Ações para a Saúde da População em Situação de Rua. A partir desse Plano foram desenvolvidas diversas ações, entre as quais destacam-se: Implantação de Consultórios na Rua; Implantação do Comitê Técnico de Saúde da População em Situação de Rua, Instituição de Comitês Técnicos de Saúde da População em Situação de Rua nos estados e municípios; Participação do Ministério da Saúde no Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento da Política Nacional para a População em Situação de Rua (CIAMP Rua); Instrução Operacional Conjunta MS/MDS para

Tuberculose, Oficinas de Sensibilização para os Trabalhadores que atuam com a População em Situação de Rua; Curso de capacitação de profissionais para o cuidado da População em Situação de Rua; Capacitação regional de Lideranças da População em Situação de Rua (BRASIL, 2017).

Os Consultórios de Rua, instituídos pelo Ministério da Saúde sob a Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, fazem parte das ações que Belo Horizonte adota para assistir a PSR. Em consonância com a atenção básica, o atendimento à população em situação de rua é realizado a partir da atuação das equipes em quatro regionais da capital. O atendimento das equipes é desenvolvido por meio de ações compartilhadas e integradas com as políticas públicas de forma intersetorial. As equipes são compostas por profissionais de nível técnico e superior (enfermeiro, psicólogo, assistente social, arte educador, redutor de danos e motoristas) todos vinculados à Secretaria Municipal de Saúde. Atualmente, a capital conta com quatro equipes, que atuam nas regionais Centro-Sul, Noroeste, Oeste e Norte (PBH, 2019).

O serviço utiliza uma Van como ponto de apoio no território e funciona de segunda a sexta-feira de 15h às 21h. O dispositivo visa conhecer o público, estabelecer vínculo e acompanhar os casos, construindo as ações e estratégias conjuntas. O Consultório de Rua desenvolve atividades e oficinas de promoção em saúde no local. O trabalho inclui passeios, idas ao cinema, atividades culturais e esportivas e eventos comemorativos (PBH, 2019).

O trabalho realizado em prol da população em situação de rua é importante, mas insuficiente se não vier acompanhado de políticas estruturantes que envolvem trabalho, renda e moradias populares. A assistência à saúde ou políticas assistencialistas isoladas são insuficientes para a PSR, é preciso geração de emprego, oferta de moradias acessíveis aos mesmos, entre outras ações. O Estado deve pensar em estruturação da rede de acolhida, sistematização de informações sobre idosos em situação de rua, inclusão no Cadastro Único do Governo Federal, oferta de Benefício de Prestação Continuada, Programa Bolsa Família e novas oportunidades de trabalho ou inclusão produtiva.

2.3 Políticas públicas brasileiras na atenção ao idoso e a população idosa em situação de rua

As políticas públicas sociais para os idosos no Brasil apresentam um crescente avanço, dentre as quais podem se destacar: Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994); o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003); a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006), além dos direitos conquistados pela Constituição Federal em 1988 (BRASIL, 1988). Na contemporaneidade, essas políticas defendem maior autonomia dos cidadãos nos setores político e econômico, posto que o Estado e setor privado são corresponsáveis por garantir a proteção às pessoas que se consideram idosas (PINHEIRO; AREOSA, 2018).

Observa-se que as políticas voltadas para o Idoso não contemplam aspectos do idoso ou do envelhecimento em situação de rua, bem como, a PNPR não aborda elementos que contemplem o cuidado a pessoas idosas em situação de rua, percebendo-se, assim, uma lacuna, no que diz respeito à atenção à saúde do idoso em situação de rua.

As políticas para a PSR são incipientes e a luta pela conquista dos direitos dos idosos já é consolidada e bastante relevante no país. Em 04 de janeiro de 1994, foi sancionada a Lei nº 8.842, regulamentada pelo Decreto nº 1948, de 03 de julho de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e a criação do Conselho Nacional do Idoso (BRASIL, 1994; BRASIL, 1996).

A PNI tem por finalidade assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade (art. 1º). O artigo 3º aponta como princípio que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos; bem como o respeito às diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil (BRASIL, 1996).

A PNI determina a viabilização a participação, convívio e ocupação do idoso, possibilitando a integração com as demais gerações e participação dos idosos através das suas organizações representativas na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas, serviços e projetos a serem desenvolvidos para esse público-alvo; bem como a descentralização político-administrativa. Além da implementação de um sistema de informações capaz de divulgar as políticas, planos e serviços em cada nível de governo, fomenta o estabelecimento de mecanismo que divulgue informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento - art. 4º (BRASIL, 1996).

Em 1999, houve a implementação da Política Nacional da Saúde do Idoso, por meio da Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS), que estabelece as diretrizes essenciais que norteiam a definição ou a redefinição dos programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento e à população idosa (BRASIL, 2006).

Após seis anos tramitando no Congresso Nacional, o Estatuto do Idoso foi aprovado dia 01º de outubro de 2003, pela Lei Federal de nº 10.741, considerada uma das maiores conquistas da população idosa brasileira. (BRASIL, 2003).

Nas Disposições Gerais, o Estatuto do Idoso é destinado a regular os direitos das pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. O mesmo aponta que o idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, além de citar a obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público de assegurar a população idosa prioridade no exercício dos seus direitos, garantir a cidadania, liberdade, dignidade, respeito e convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

Em 2006, o Ministério da Saúde visando garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa, articula a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI. Nesse mesmo ano, é instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, pela Portaria 2.528/GM, de 19 de outubro de 2006, que tem como objetivo garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, visando à integração da população (BRASIL, 2006). Essa política veio concretizar um passo importante para

a saúde de mais de 30 milhões de idosos no país, que correspondem a aproximadamente 14,6% da população brasileira (IBGE,2018).

O Ministério da Saúde, ao aprovar, em 2006, a Portaria Nº 2.528, ressalta a reestruturação da assistência a ser prestada à pessoa idosa, reafirmando a sua finalidade de recuperar, manter e promover a saúde desta população.

Após 15 anos da PNI e de seis anos do Estatuto do Idoso, o Decreto 7.053 implantou a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPR) em 2009, e tornou imprescindível a atuação compartilhada entre os diversos setores para atender às demandas da população em situação de rua (Brasil, 2009).

O Decreto Federal nº 7.053/2009 foi sancionado a partir do reconhecimento do Estado brasileiro quanto à necessidade de desenvolver políticas públicas para população em situação de rua, ou seja, estabeleceu-se um compromisso que tem como eixo central o respeito à dignidade da pessoa humana. A política estabelecida pelo decreto é composta por princípios, diretrizes e objetivos que devem ser efetivados por ações descentralizadas e articuladas entre a União e os demais entes federativos (BRASIL, 2006).

Entre os princípios da Política Nacional estão o atendimento humanizado e universalizado, bem como o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência (BRASIL, 2006).

As políticas, estratégias e ações destinadas à PSR precisam de maior investimento e interesse afinal, é um público que cresce a cada dia e apresenta grande diversidade de gênero, raça, cor, orientação sexual e idade. Os idosos em situação de rua, por exemplo, não foram mencionados de forma específica no texto da política, entretanto representam uma demanda que cresce substancialmente com real necessidade da criação de leis ou decretos que os ampare.

As políticas voltadas para os idosos também precisam considerar o idoso que vive na rua. As atualizações estão destinadas ao envelhecimento ativo, ao

envelhecimento populacional e não mencionam o idoso que vive na rua. Neste sentido, podemos citar o debate na Câmara dos Deputados sobre o aumento de médicos para atender a população na busca de uma melhor qualidade de vida para o público idoso (BRASIL, 2019). O Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019 aborda questões sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, mas não menciona idosos em situação de rua (BRASIL, 2019).

Em 2016, a PNI passou a contemplar a violência contra a pessoa idosa, cuidadores, instituições de longa permanência (ILPI), democracia nos conselhos e dificuldades encontradas para a construção da cidadania. Foram incluídos artigos que tratam de temas como cidadania, filantropia, seguro, seguridade e envelhecimento ativo (FALEIROS, 2016).

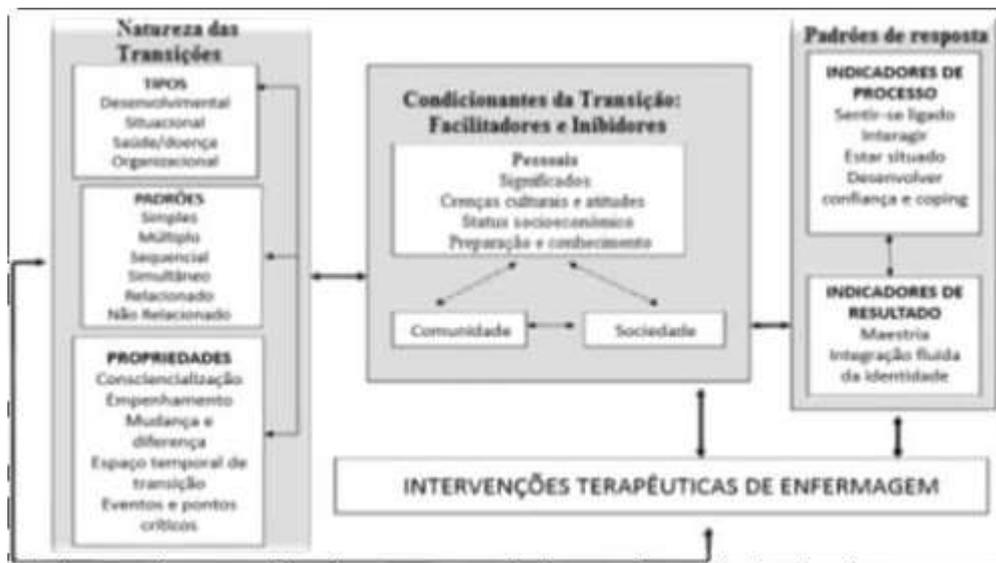
Existem duas possibilidades sobre a efetivação das políticas públicas prometidas aos idosos brasileiros. A primeira é: a PNI e o Estatuto do Idoso fazem parte de uma “legislação simbólica” e, na verdade, não sairão do papel, permanecendo “letra morta”, e aos idosos brasileiros caberá aceitar a triste sina de viver em um país que não os respeita e sequer cumpre as leis que cria. O conceito de *legislação simbólica*: “(...) aponta para o predomínio, ou mesmo hipertrofia, no que se refere ao sistema jurídico, da função simbólica da atividade legiferante e do seu produto, a lei, sobretudo em detrimento da função jurídico-instrumental” (ALCÂNTARA, 2016).

A segunda possibilidade é acreditar e forçar a efetivação dessas políticas por meio do sistema de garantias de direitos e da busca incessante pela politização e engajamento dos idosos brasileiros na conquista de seus direitos. Essa segunda possibilidade, porém, esbarra na questão da judicialização dos direitos fundamentais, implicando no desdobramento de duas outras questões. A primeira, a não efetivação do próprio sistema de garantia de direitos, ou seja, há Estados que não contam com serviços especializados para atendimento aos idosos no âmbito da Defensoria Pública, Ministério Público, polícia ou vara especializada, como previsto no Estatuto do Idoso. A segunda questão, também muito tormentosa, é a própria viabilidade ou pertinência de efetivação de políticas públicas a partir do Judiciário (ALCÂNTARA, 2016).

2.4 A teoria das transições de Afaf Meleis: o cuidado de enfermagem e as implicações para compreensão do envelhecimento na rua

Para fundamentação teórica da pesquisa optou-se pela abordagem da Teoria das Transições, da enfermeira egípcio-americana e cientista, Afaf Ibrahim Meleis. Meleis desenvolveu sua teoria através da revisão de literatura em enfermagem, cujo modelo focaliza os processos transicionais a que o ser humano está sujeito durante todo seu ciclo de vida. Trata-se de uma teoria que possui elementos aplicáveis a temática da pesquisa, conforme demonstra a figura 2:

Figura 2 – Modelo explicativo da Teoria das Transições



Fonte: Adaptado de Meleis, 2010.

Segundo o modelo teórico, a autora acredita que a natureza das transições implica em diferentes tipos, padrões e propriedades capazes de promover o processo transicional pessoal, que sofre influência da comunidade e da sociedade. Entre os tipos de transição, encontra-se a transição em desenvolvimento, que se refere aos aspectos individuais e pessoais ou ao ciclo de vida; as transições situacionais que englobam o acontecimento de situações específicas capazes de gerar mudanças; transição saúde/doença que envolve processo de adoecimento e as transições organizacionais que abrangem o efeito de organizar-se.

Quanto aos padrões das transições, podem ser simples, múltiplo, sequencial, simultâneo, relacionado ou não relacionado. Meleis esclarece que cada indivíduo passa pela transição com padrões específicos que podem denotar uma mudança no estado de saúde, nas relações de papéis, nas expectativas ou habilidades (MELEIS, 2010).

As propriedades das transições giram em torno de conscientizar-se da mudança, se empenhar para que a mesma aconteça de forma satisfatória, refletir sobre a mudança e a diferença contextual, tomar consciência do espaço temporal de transição e atentar-se para eventos e pontos críticos que podem interferir no processo transicional. Nesse sentido, as intervenções de enfermagem são essenciais para auxiliar o indivíduo a passar pela transição e obter padrão de resposta satisfatório.

Os fatores condicionantes no processo de transição envolvem significados pessoais, crenças culturais, atitudes individuais, status socioeconômico, além de preparação e conhecimento. Não obstante, a comunidade e a sociedade nas quais o indivíduo está inserido podem facilitar ou dificultar a transição. É importante destacar que as intervenções de enfermagem não são capazes de alterar status socioeconômico, mas conseguem ser úteis para alterar significados pessoais, crenças culturais, atitudes individuais e podem promover preparação e conhecimento nos diferentes tipos de transição.

De acordo com a teoria, o processo de transição caracteriza-se pela sua singularidade, complexidade própria e múltiplas dimensões que geram significados variados de pessoa para pessoa e são influenciados por certos aspectos da vida do indivíduo como, por exemplo, experiência, extensão e intensidade que variam com o tempo. É definido em um processo caracterizado por uma mudança como a passagem de um estado estável para outro estado estável (MELEIS, 2010).

A partir das intervenções de enfermagem o indivíduo pode obter diferentes padrões de resposta, como sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*, que seriam esforços cognitivos e comportamentais para lidar com o novo estado. O padrão de resposta vai indicar o resultado da transição, ou seja, se

o indivíduo conseguiu passar pelo processo transicional com maestria e integração fluida da sua identidade.

O processo de transição só se encontra completo quando o indivíduo consegue demonstrar maestria, ou seja, evidencia capacidades que lhe permitam cumprir a transição com sucesso. A integração fluida consiste na constatação de que, as experiências de transição têm sido caracterizadas como sendo provocadoras por uma reformulação da identidade mais fluida e dinâmica, quando a transição é saudável (MELEIS, 2010).

Os indicadores de processo tornam-se importantes uma vez que, permitem identificar se a pessoa que experiencia a transição se encontra na direção da saúde e do máximo bem-estar ou em direção dos riscos e da vulnerabilidade (MELEIS, 2000).

A transição tem uma característica essencialmente positiva, uma vez que, o culminar da transição em uma pessoa implica que esta alcançou uma maior maturidade e estabilidade em relação ao estado anterior. Vem sempre acompanhada por amplas emoções que podem intervir no bem-estar físico da pessoa e assim, interferir no processo de transição bem-sucedida do indivíduo, pois muitas vezes, a mudança na evolução humana é inevitável e não necessariamente é natural ou desejável (MELEIS, 2010).

O modo como o idoso aceita a velhice interfere diretamente em seu bem-estar, pois o avançar da idade muitas vezes se associa à incapacidade. As perdas funcionais fazem parte do processo fisiológico do envelhecimento, porém as formas como elas são apreendidas por cada um podem interferir na forma de compreender o envelhecimento. Nesta perspectiva, a enfermagem precisa compreender os aspectos da velhice que contribuem para subsidiar novas abordagens de cuidado integral que possam interferir na transição em diversas áreas na vida dos idosos.

Na perspectiva teórica de Afaf Meleis a enfermagem tem nas mãos ferramentas gerenciais e assistenciais importantes para lidar com o declínio das mudanças do corpo e do organismo decorrentes do envelhecimento. Deve-se considerar que essa

transição gera dúvidas, desequilíbrios e angústia, cabendo aos profissionais atuarem no preparo psicológico, emocional, e, também, dar suporte e alternativas para amenizar as mudanças físicas, sociais e ambientais (CALEGARI; MASSAROLLO; SANTOS, 2015).

Para auxiliar o idoso no processo de transição é relevante considerar as semelhanças que caracterizam um período de transição: a desconexão com a rede social habitual e sistemas de apoio social; a perda temporária de objetos relevantes ou temas de referência familiar; novas necessidades que possam aparecer e antigos conjuntos de expectativas não mais relativos a situações de mudanças (COSTA, 2016).

O idoso em situação de rua enfrenta múltiplas transições e inventa diferentes formas para alcançar novos pontos de mudança. As intervenções terapêuticas da enfermagem devem estar centradas no processo de transição para que o mesmo tenha êxito ao migrar de um ponto estável para outro ponto estável.

Sobre estes processos, a enfermagem desempenha uma força potencial e sua experiência pode auxiliá-los. Prevenir os riscos das transições, melhorar o bem-estar individual, maximizar o funcionamento e reproduzir atividades de autocuidado são estratégias que enfermeiros usam para cuidar e apoiar no alcance dos processos de transição saudáveis (MELEIS, 2010). Portanto, lidar com a transição é um processo dinâmico, que inclui vários seguimentos, alguns construídos de forma criativa e dinâmica e, ao mesmo tempo, adquirindo experiência e desenvolvendo competências no cuidado (SCHUMACHER, 1995).

Sob essa perspectiva, a transição requer que o indivíduo incorpore novos conhecimentos, altere o comportamento, defina seu contexto social, de um ser saudável ou doente, ou das necessidades internas e externas que afeta o estado de saúde (MELEIS, 1991).

Meleis investigou o que acontece com quem não vivencia transições saudáveis, como os enfermeiros cuidam dessas pessoas, e quais intervenções de enfermagem facilitariam o progresso dos clientes no alcance de transições saudáveis. Diante disso,

três conceitos foram desenvolvidos: a) Transições saudáveis como domínio de comportamentos, sentimentos, sinais e símbolos associados com novos papéis; b) Transições insalubres ou transições ineficazes que movem o indivíduo na direção de vulnerabilidade e risco, tendo a capacidade de resistir às redefinições de significados; c) Insuficiência do papel caracterizada por dificuldade para desempenhar um papel, em que comportamentos e sentimentos são derivados do descumprimento de obrigações ou expectativas (MELEIS, 1975).

Chick e Meleis (1986) enfatizam que há variações de transições que ocorrem entre indivíduos, famílias ou organizações. Nesse caso, devem ser avaliadas por enfermeiros para perceberem mudanças e entenderem a experiência de transição de cada indivíduo, assim como a especificidade para compreender os fatores que influenciam o processo de transição, tais como significados, expectativas, nível de conhecimento e habilidade, ambiente, nível de planejamento, nível do bem-estar físico e emocional.

Para a compreensão do envelhecimento em situação de rua torna-se instantânea a sapiência do processo de transição que o indivíduo enfrenta. Desta forma, entender o que o idoso pensa e sente em relação ao que ele vivencia é importante não apenas para compreender o processo de envelhecimento associado à perda da funcionalidade, mas fundamental para conhecer e desenvolver estratégias que atenuem os efeitos da senescência relacionados à velhice, de forma a garantir a vivência da mesma de forma positiva (SOUZA; GOMES; SILVA; SILVA; ALVES; SANTOS; REIS, 2019).

Este processo depende, sobretudo, não apenas do idoso, mas do acompanhamento profissional de saúde e, neste propósito, contribui para uma assistência voltada para a saúde na terceira idade.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, com abordagem qualitativa, ancorado na Teoria das Transições de Afaf Meleis. A opção por esta abordagem justifica-se pelo fato de a pesquisa qualitativa se aplicar ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças e das percepções de cada indivíduo (STRAUSS; CORBIN, 1998).

Buscou-se fundamentação na vertente metodológica que conduz a investigação em um modelo paradigmático de verificação, considerando a relação com os participantes da pesquisa ativa que prediz de uma coleta de dados com ênfase em observação, entrevista e análise cautelosa dos dados coletados (SANTOS; ERDMANN; SOUSA; LANZONI; MELO; LEITE, 2016).

Strauss e Corbin (1998) afirmam que o significado do termo “pesquisa qualitativa” consiste na pesquisa que produz resultados não provenientes de procedimentos estatísticos. Afirmam ainda que esse tipo de pesquisa se refere aos estudos sobre a vida do indivíduo, experiências de vida, comportamentos e emoções, bem como ao funcionamento organizacional, a movimentos sociais, a fenômenos culturais e à interação entre nações. Sua importância, ainda de acordo com os autores, se configura na análise interpretativa dos resultados, devendo ser a parte fundamental do estudo.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado nos dois Centros de Referência da População em Situação de Rua (Centro POP) de Belo Horizonte, vinculados à Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania da prefeitura de Belo Horizonte e localizados na Regional Centro-sul da capital.

A Regional Centro-sul é uma das nove regiões administrativas do município, sendo composta por 270.607 habitantes com densidade demográfica de 8.527,97

hab/km² (IBGE, 2010). A seguir, observa-se a representação espacial da regional centro sul e dos bairros pertencentes à mesma (FIGURA 3):

Figura 3 – Bairros da Regional Centro Sul de Belo Horizonte



Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte adaptado por Andreotti, 2012.

Os dois Centros POP localizam-se nesta regional, que concentra 44,8% da população em situação de rua do município (PBH, 2014). Estes centros ofertam oficinas socioeducativas (cinema comentado, documentário, ambientação, esporte, cultura popular, mosaico, artes plásticas, dentre outras), local para higienização pessoal, para lavagem de roupas e para guarda de pertences, alimentação, telecentros e atendimento socioassistencial. Constituem-se em referências de endereço para a população com trajetória de rua. Realizam atendimentos individuais e coletivos, estudos de casos, encaminhamentos a serviços e projetos de assistencial social, às políticas sociais e rede socioassistencial (PBH, 2020).

A forma de acesso ao Centro POP é a partir de demanda espontânea ou encaminhamentos do Serviço Especializado em Abordagem Social da prefeitura, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 9h às 17h (PBH, 2018).

O Serviço Especializado em Abordagem Social foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania da prefeitura de Belo Horizonte. Atualmente, as equipes de abordagem contam com 66 técnicos de diferentes áreas, entre psicólogos, assistentes sociais, historiadores e outros; seis arte-educadores e nove educadores, além de 18 funcionários divididos nas áreas de gestão, administrativa e logística (PBH, 2018).

Os profissionais abordam as pessoas em situação de rua, nos turnos da manhã, tarde e noite, procurando criar um vínculo de confiança e, a partir de então, construírem um caminho de superação das vulnerabilidades e riscos. Busca-se, com esse contato, ouvir as pessoas, entender seus desejos, demandas e necessidades, para inseri-las nos serviços públicos da cidade, como saúde, educação, habitação e cultura, entre outros (PBH, 2018).

Além da estrutura física criada para a população de rua, os Centros POP também ofertam o Serviço Especializado em Abordagem Social, conforme avaliação e planejamento do gestor local para melhor desempenho da oferta do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua (PBH, 2018).

Os profissionais que atuam nos Centros POP são das áreas da psicologia e do serviço social. Por intermédio destes profissionais, as pessoas são ouvidas, encaminhadas e acompanhadas, a partir de suas necessidades, a serviços públicos de saúde, educação, qualificação profissional, segurança alimentar e nutricional, habitação (Programa Bolsa Moradia), transferência de renda (Programa Bolsa Família), emissão de documentos, e outros, para auxiliar na reorganização do seu processo de retomada de vida para caminhar com autonomia (PBH, 2018).

3.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo foi realizado em cinco etapas: 1. Arquidiocese; 2. Capacitação; 3. Inserção; 4. Observação e 5. Entrevistas, descritas a seguir:

3.3.1 Contato com a Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte

A aproximação à Pastoral de Rua foi o primeiro e fundamental passo para entender aspectos da vida da população em situação de rua. Eu nunca havia transitado no universo desta população e em contato com minha orientadora discutimos a importância de buscar instituições que prestavam assistência para que eu pudesse conhecer melhor meu público alvo. Em 2018, realizei contato com uma ONG que presta serviço a PSR, executei trabalhos com eles por dois dias, mas vi que a organização pouco teria para contribuir com a pesquisa, afinal prestavam um serviço assistencialista e não possuíam dados sobre a população que atendem.

No mesmo ano, foram realizados contatos com a Pastoral de Rua da Arquidiocese de Belo Horizonte; em seguida, solicitada permissão ao padre responsável pelos trabalhos das pastorais para fazer parte da equipe de voluntariado da instituição (ANEXO I). A partir deste momento passei a acompanhar os profissionais nos trabalhos realizados na rua.

O início da abordagem à população de rua que vive em Belo Horizonte se deu em julho de 2018, após avaliação e concordância da coordenadora da Pastoral de Rua e assinatura pelo padre responsável do termo de voluntariado no serviço. O padre me questionou sobre meu propósito e eu prontamente expliquei todos os aspectos da minha pesquisa e sobre minhas pretensões.

A instituição trabalha com várias ações destinadas à população de rua, dentre elas, o Serviço Especializado em Abordagem Social, que assiste várias pessoas em situação de rua, muitas situadas na regional Centro-Sul de Belo Horizonte.

A primeira visita às ruas juntamente com a psicóloga e técnica da pastoral e uma funcionária ex-moradora de rua que auxilia os trabalhos da instituição, foi no dia 19 de julho de 2018. Atuamos ao redor da Praça Hugo Werneck, situada na Avenida Francisco Sales esquina com Avenida Alfredo Balena, no bairro Santa Efigênia. As visitas eram realizadas quinta-feira pela manhã ou na maior parte das vezes, quarta-feira, de 17:30 às 20:00 horas.

Conheci o sr. M., de 54 anos que relatou vários problemas de saúde, sendo o principal a diminuição da acuidade visual devido à catarata que segundo ele “piorou com o tempo, e nem a cirurgia ajudou muito a melhorar”. Além dele, conheci o “D.M.”, que relatou problemas judiciais e penitenciários; o W. e mais três pessoas que viviam próximo à praça. Também conheci a senhora M., de 88 anos que contou diversas histórias da vida pessoal. Dentre os relatos citou que é diabética, mas não usava insulina por não ter onde guardar e que era muito difícil ir até o centro de saúde porque não conseguia andar bem. Ela carregava dois grandes sacos pretos com garrafas pet e coisas que ganhava ao longo dos dias.

Nas demais abordagens, auxiliei as funcionárias da pastoral a realizarem oficinas na rua - uma delas, teve por finalidade a construção do painel dos sonhos das pessoas que vivem na rua, onde cada um apresentaria seu sonho. Conheci o F., o P., o J., o B., o M., a C., o W., a N., a L, o J. e a S. Todos falaram dos sonhos e alguns de outras questões particulares. C. estava grávida e relatou estar com a pressão alta e fazer as consultas de pré-natal no Centro de Saúde Carlos Chagas regularmente.

Em agosto de 2018, participei do Fórum da População de Rua na sede da Pastoral juntamente com a população em situação de rua de vários locais da capital e algumas pessoas da sociedade civil, como estudantes da UFMG, uma advogada da defensoria pública de Minas Gerais, vários ativistas das causas da PSR, os funcionários da pastoral, a psicóloga da abordagem e a coordenadora do serviço.

No Fórum foram discutidas pautas relacionadas à Portaria Conjunta SMGO/ SMPU/ SMASALL/ SMSP/ SLU número 001 de 2017 da Secretaria Municipal de Política Urbana, cuja proposta seria retirar os itens inservíveis das ruas, itens que pertencem à população que vive nas ruas. Também houve discussão sobre a Política Municipal de Habitação.

O Fórum é um espaço para a construção de conhecimento e luta pelos direitos da PSR, acontece no auditório da pastoral uma vez por mês, na 1ª segunda-feira, no período da tarde e passou a ser o ponto forte para conhecimento dos aspectos sociais e políticos desta população.

Neste espaço, a população de rua explicita seu ponto de vista acerca do que está acontecendo na rua, sua opinião acerca da abordagem dos agentes nas ruas, situações vivenciadas no cotidiano e a sociedade civil presente também expõe seu ponto de vista. Em um dos encontros do Fórum, auxiliei na criação de uma carta ao Comitê Municipal de População de Rua onde seria solicitada a suspensão da portaria e criação de um Grupo de Trabalho no âmbito do Comitê Municipal para análise e discussão da Portaria. Além disso, na carta foi solicitada a criação de espaços de diálogo com a população de rua para verificar o que de fato seria inservível para o indivíduo que vive na rua.

Encontrava as pessoas na rua e elas me reconheciam como membro da pastoral, foi muito relevante e satisfatório este contato. Uma das vezes, orientei uma idosa a tomar seus medicamentos e questionei se ela conseguia água e a mesma afirmou que sempre tinha consigo uma garrafa pequena com água e que as pessoas eram muito caridosas, que, se pedisse, facilmente conseguiria.

Em setembro de 2018 fizemos a oficina das atividades de vida diária (AVD). Os participantes desenhavam os relógios e marcavam os horários de suas AVDs. Nesta atividade foi possível identificar horários prejudiciais para realização das refeições por exemplo e assim ajudá-los a refletir sobre possíveis mudanças.

Nas reuniões do Fórum conheci um homem muito inteligente que vive em situação de rua e que sempre me instruíra sobre a melhor condução da minha pesquisa. C.C. tinha 56 anos de idade, é arquiteto e estava em situação de rua há dois anos após rompimento do seu vínculo familiar, desemprego e depressão.

Em dezembro de 2018, participei das festas de Natal da Pastoral, em três locais diferentes: na casa de projetos da Pastoral Nacional do Povo da Rua, situada no bairro dona Clara; na sede da Pastoral de Rua, no bairro Lagoinha; e no Abrigo Institucional da Prefeitura de Belo Horizonte Anita Gomes dos Santos. Em uma delas, C. me falou que o número de idosos em situação de rua havia aumentado muito nos últimos meses no Centro Pop Sul e que lá seria um bom local para a realização da minha pesquisa. Procurei me informar sobre o local e por orientação da psicóloga da pastoral que eu

acompanhava no serviço de abordagem, decidi realizar a pesquisa nos dois Centros de Referência da População em Situação de Rua.

3.3.2 Capacitação para abordagem da população em Situação de Rua

Procurei me capacitar para abordar a PSR fazendo um curso promovido pela Arquidiocese de Belo Horizonte em parceria com o Ministério Público denominado “Capacitação para Agentes Voluntários da Pastoral de Rua”. O curso teve duração de 10 semanas, onde foram ministradas aulas acerca da problemática do aumento da população em situação de rua, sobre as políticas direcionadas a eles, espaços criados para atender essa população, mística da Arquidiocese em prol da PSR, e outros assuntos relacionados à temática. Os professores eram vinculados à defensoria pública, ao colégio Loyola, aos serviços que atendem a PSR e à própria Pastoral de Rua.

Além das aulas teóricas ministradas no Curso de Capacitação, tivemos a oportunidade de visitar os espaços destinados à população de rua, como a moradia Anita Gomes dos Santos, Centro Pop Leste, os Albergues Tia Branca, Abrigo São Paulo, a ASMARE - Associação dos Catadores de papel, papelão e materiais recicláveis, acompanhados dos técnicos de abordagem da Pastoral de Rua.

3.3.3 Contatos com o Centro POP e inserção no campo de pesquisa

O início da pesquisa ocorreu em julho de 2019, após aprovação nos comitês de ética da Prefeitura e da UFMG. Imediatamente, foram feitos contatos e agendadas reuniões com os dois coordenadores dos Centros de Referência da População de Rua.

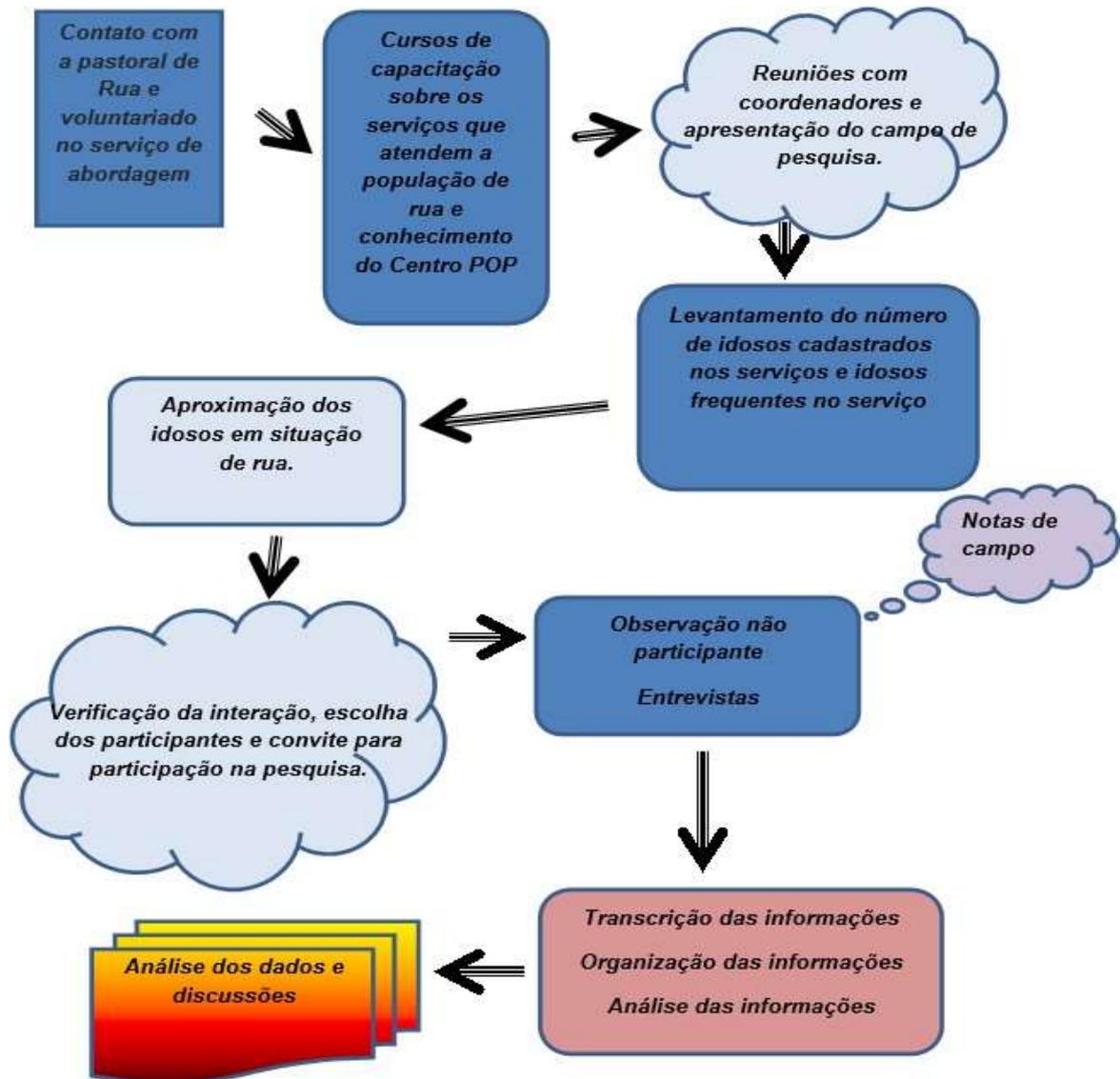
Em reuniões com os dois coordenadores locais, o projeto foi apresentado e, entregue, a cada um, uma cópia da carta de anuência da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Os outros documentos tais como: Parecer Consubstanciado da Plataforma Brasil, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e Parecer do Departamento de Enfermagem da UFMG, e o projeto de pesquisa foram enviados por e-mail.

Na sequência, a coordenadora do Centro POP Sul forneceu a lista com todos os idosos cadastrados no serviço (117 idosos) com a identificação de cada indivíduo que frequentou o serviço nos últimos dois meses (22 idosos). O coordenador do Centro POP Leste não forneceu a lista com os idosos do serviço, porém mencionou que a média de idosos que frequentavam o serviço era de aproximadamente 40 idosos por mês.

Em seguida, os coordenadores me apresentaram aos funcionários dos serviços e meu interesse quanto ao desenvolvimento do projeto de pesquisa. Foi solicitado a dois agentes sociais, um em cada serviço, que acompanhassem a pesquisadora, indicando cada indivíduo com mais de 60 anos de idade para contato posterior. Além disso, mostraram a estrutura dos locais e indicaram os espaços disponíveis para a realização das entrevistas.

O fluxograma a seguir explicita as fases do trabalho de campo (FIGURA 4):

Figura 4 – Fluxograma do trabalho de campo



Fonte: Própria autora.

3.3.3.1 CrITÉrios de seleção dos participantes

O critério de inclusão do estudo foi ter mais de 60 anos de idade, estar em situação de rua por mais de um ano, e viver em situação de rua na regional centro-sul de Belo Horizonte. Foram excluídos do estudo indivíduos egressos da rua, que se encontram a maior parte do tempo em outras regionais da capital e que discordaram em fazer parte da pesquisa. Um indivíduo que estava em situação de rua há seis meses que foi entrevistado também foi excluído do estudo. Assim tivemos a participação de 14 idosos.

O encontro com estes idosos aconteceu dentro dos Centros POP e o convite foi realizado exclusivamente pela pesquisadora, após explicação sobre os objetivos da pesquisa, a metodologia, a relevância do estudo e a contribuição do mesmo para a criação de estratégias de apoio a idosos que vivem nas ruas. Alguns idosos indicaram amigos dentro dos critérios de inclusão e outros quatro procuraram a pesquisadora para participar do estudo.

3.3.4 Observação não participante

A técnica de observação não participante foi utilizada neste estudo. Partindo do princípio que este tipo de procedimento fornece uma base robusta para o rigor empírico, optou-se por observar o fenômeno e fazer sua análise rigorosa com base no que foi observado, anotado e percebido, uma vez que a pesquisadora não pôde estar presente em todos os momentos e ambientes ao mesmo tempo.

De acordo com Geertz (1993), Marietto & Maccari, (2015) e LeBaron *et al.* (2018), na observação não participante o pesquisador deve se valer de ferramentas primárias de pesquisas que auxiliem no registro dos dados, como gravadores em áudio e/ou vídeo, além da utilização de outras formas eletrônicas para as notas como laptops, notebooks, celulares, entre outros. Outros aparatos eletrônicos como ferramentas secundárias de pesquisa também podem ser utilizados para a complementação das notas de campo. Instrumentos como fotografias, além de documentos que podem ser coletados no campo como brochuras, reportagens, panfletos, arquivos, documentos institucionais, cartões de visita, reportagens, acesso a sites entre outros tantos. Porém, ressalta-se que estes servem como complemento, pois a principal atenção recai sobre a interação pessoal do pesquisador com os indivíduos, grupo e contexto técnico institucional encontrado no ambiente de pesquisa.

Apesar do contato direto com vários idosos em situação de rua, minha atuação nessa pesquisa foi apenas de observadora, sem participação no contexto social destes idosos. A observação não participante contou com o auxílio da tecnologia da informação e anotações do contexto observado que geraram notas de campo. Todo o procedimento foi realizado de forma consciente, dirigida, ordenada para o fim determinado.

Não existe, ainda, um consenso entre os autores mais relevantes na área da pesquisa qualitativa sobre um roteiro pré-estabelecido para os procedimentos operacionais na observação não participante. O ambiente e mesmo a disponibilização dos grupos ou situações a serem observadas podem variar de forma bastante extensa. Desta forma, foram utilizados os prescritos de Marietto e Maccari (2015); Liue Maitlis (2010); Valadares (2007); e Mack et al., (2005) para compor e propor um pequeno formulário para a realização da observação não participante (APÊNDICE II).

A entrada no campo foi negociada junto aos coordenadores dos dois Centros POP que imediatamente apresentaram a pesquisadora para os agentes e técnicos de abordagem social. Os coordenadores deixaram livre a permanência no campo, dentro do horário de funcionamento dos serviços. A observação foi realizada próxima aos profissionais do serviço ou em sua companhia sempre com apresentação da pesquisadora para a população que estava presente no local, incluindo os idosos.

Todas as situações vivenciadas foram descritas como notas de campo diárias no documento previamente estabelecido (APÊNDICE II). Inicialmente a observação foi realizada no Centro Pop Sul e no segundo momento no Centro Pop Leste. No Centro Pop Sul as atividades, relações pessoais e coletivas dos indivíduos gerava curiosidade e, observar como guardavam seus pertences, pegavam suas toalhas para o banho, registravam sua presença no local foi algo inédito.

Em diversos momentos surgiam dúvidas que eram elucidadas pelos técnicos de abordagem social de cada local ou até mesmo pela população de rua que se instigava com uma pessoa nova no local e sempre estabelecia contato. Várias pessoas importavam-se em saber quem era a jovem no *hall* do Pop e quando o contato social era estabelecido, muitos desejavam ajudar na coleta dos dados. Neste momento, as entrevistas formais foram evitadas.

No princípio, existia certa dificuldade no contato com os idosos, afinal, muitos ficavam isolados e pouco se envolviam com os mais jovens. Eles desenvolviam atividades diferentes no dia a dia do serviço como ler, assistir televisão, ir ao serviço apenas guardar seus pertences ou apenas para higiene pessoal, ir ao serviço no momento do lanche e permanecer no local até o encerramento das atividades.

Não foi possível o uso de gravadores de áudio no momento da observação, visto que o ruído no local era muito alto e não havia como gravar as falas dos idosos no *hall*. As notas procuraram incluir como os idosos se comportavam e reagiam, o que foi dito nas conversas, onde foram posicionados em relação ao outro, suas idas e vindas, suas respostas subjetivas e todas as outras informações e observações necessárias para tornar a história da experiência de observação completa.

Em ambos os serviços, a observação, o contato com os idosos e o estabelecimento de vínculos propiciou o convite para a resposta as entrevistas. No Pop Leste foi verificada maior quantidade e movimentação de idosos e o contato foi satisfatoriamente estabelecido, principalmente com um dos idosos que escolheu nomes a cinco participantes desta pesquisa.

Algumas notas foram escritas nos serviços, outras após o término de cada dia da observação. Foram registrados todos os comportamentos não verbais possíveis. Nos primeiros dias da observação, compareci aos serviços no período da manhã e a partir do mês de agosto, durante a tarde. Foi possível acompanhar a rotina dos idosos durante 17 dias, totalizando 38 horas de observação.

3.3.4.1 Escolha dos participantes e aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM)

Após a fase de observação, os idosos eram convidados a responderem as perguntas do roteiro de entrevista criado previamente. Os que aceitaram participar do estudo, responderam questões do teste cognitivo denominado Mini Exame do Estado Mental (MEEM) antes da entrevista. O MEEM foi escolhido para rastrear alterações cognitivas que poderiam ser resultantes da situação de rua, além disso, sua nota poderia expressar parte da avaliação dos indivíduos.

Foram convidados a participar da pesquisa 20 idosos, sendo entrevistados apenas 15. Dos 20, três não apareceram no dia marcado da entrevista, um se apresentou alcoolizado, a ponto de não conseguir responder aos questionamentos nos dois dias agendados, e um idoso de 82 anos se recusou a participar do estudo, apesar da boa interação com a pesquisadora, por achar que a pesquisa era “algo do

governo”. Um idoso de 68 anos foi excluído do estudo por estar em situação de rua há seis meses. Visando garantir o anonimato, os participantes foram identificados pelos nomes fictícios na ordem cronológica das entrevistas.

Cada indivíduo era convidado a responder as questões do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O MEEM é um breve questionário de 30 pontos para rastrear perdas cognitivas, sendo aplicado em cerca de 10 minutos, mede funções incluindo aritmética, memória e orientação (FOLSTEIN et al., 1975).

A pontuação do MEEM considerada foi 17 pontos. Ressalta-se, no entanto, que nenhum idoso foi excluído mesmo apresentando nota inferior, visto que é relevante pesquisar perdas cognitivas nesta população. Após aplicação do teste, o idoso foi convidado a responder as questões propostas na entrevista semiestruturada.

Existe significativa discrepância na literatura acerca da nota de corte do MEEM para indivíduos com diferentes níveis de escolaridade (FOLSTEIN, 1975; BERTOLUCCI et al., 1994; BRUCKI et al., 2003; BRASIL, 2006). Neste caso, optou-se por utilizar a pontuação 17, em caso de menos de quatro anos de escolaridade e 24 com escolaridade superior a quatro anos, como estabelece a Rede Telessaúde Brasil, da Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde com base no Caderno de Atenção Básica – nº 19 (BRASIL, 2006).

Os nomes dos participantes da pesquisa foram escolhidos com base em dois critérios diferentes: cinco nomes se relacionam a apelidos pelos quais os idosos são tratados no contexto em que vivem e nove nomes foram escolhidos com base na relação com as histórias narradas por Machado de Assis em dois grandes sucessos da literatura brasileira: Dom Casmurro e Memórias Póstumas de Brás Cubas.

As obras Machadianas predeterminam a recepção, oferecendo ao leitor orientações que podem, contudo, ser transformadas, bem como ser transformadoras. É possível ler as obras do autor e adentrar em sua vida prática, imaginando seu comportamento e tentando relacionar ao mais próximo possível do real.

Assim, ouvir as histórias narradas pelos idosos possibilitou a reflexão e incitou o estabelecimento da analogia entre os principais personagens das obras de Machado de Assis. São eles: Ezequiel; Lobo Neves; Quincas Borba; Cosme; José Dias; Prudêncio; Bentinho; Brás Cubas e Escobar.

Os cinco nomes atribuídos aos demais participantes da pesquisa foram escolhidos com base nos apelidos com os quais os mesmos são chamados pela PSR. Um dos idosos entrevistado é poeta e escreve sobre a vida nas ruas com os nomes que escolhe para cada pessoa que vê. Ao ler suas poesias identifiquei cinco nomes que poderiam ser utilizados no trabalho: Ademilson, Álvaro, Chicão, Portuga e Sabará.

3.3.5 *Entrevista em profundidade com questões semiestruturadas*

A partir da observação, os idosos foram convidados a participar da pesquisa e iniciou-se a técnica de coleta das narrativas por meio de entrevistas em profundidade com questões semiestruturadas. Para registro, as entrevistas foram gravadas em aparelho MP3, com autorização prévia do participante, transcritas na íntegra e apresentadas na forma de fragmentos de fala dos participantes.

A entrevista em profundidade consiste em um recurso metodológico que busca, com base em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, obter informações a partir da experiência subjetiva de uma fonte selecionada por deter informações desejadas (DUARTE, 2008). A entrevista em profundidade possui uma variedade de tipologias. Nesta pesquisa, optou-se pela elaboração de um roteiro de questões semiestruturadas (APÊNDICE III).

Conhecida como um dos principais meios ou procedimentos para a coleta de dados e informações na pesquisa qualitativa, a técnica da entrevista semi-estruturada se caracteriza por um conjunto de perguntas ou questões estabelecidas num roteiro flexível em torno de um ou mais assuntos do interesse de uma pesquisa para elucidação do seu objeto (VIEIRA, 2017).

As entrevistas aconteceram entre os meses de agosto e setembro de 2019 e os locais onde foram realizadas variou entre o hall dos dois serviços escolhidos, salas disponibilizadas pelos gestores locais e duas delas ocorreram na rua, onde pesquisadora e pesquisado sentaram em um meio fio em local com mínimo de ruído possível, próximo ao Centro POP Leste.

A entrevista teve como característica questionamentos básicos que são apoiados em teorias e hipóteses que se relacionam ao tema da pesquisa. Os questionamentos remetem novas hipóteses que emergem a partir das respostas dos informantes. O foco principal foi colocado pela investigadora-entrevistadora. O procedimento favoreceu a descrição dos fenômenos sociais, propiciou sua explicação e o entendimento de sua totalidade.

3.4 Análise dos dados

Para a identificação dos informantes da pesquisa, os dados coletados foram compilados no Microsoft Excel que permitiu analisar, por meio de frequência simples, as seguintes variáveis: nome, sexo, faixa etária, escolaridade, religião, tempo em situação de rua, motivo pela vivência na rua, utilização de serviços de assistência social, como albergues, restaurante popular, renda, uso de medicamentos, hospitalização após situação de rua e desejo de sair da rua.

As informações obtidas nas entrevistas e nas observações foram analisadas segundo a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Laurence Bardin. A autora define este tipo de análise como um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (BARDIN, 1977).

Este tipo de análise fornece meios precisos para descrever o conteúdo de qualquer tipo de comunicação: jornais, programas de rádio, filmes, conversações quotidianas, associações livres, verbalizadas, etc. As operações da análise de conteúdo consistem em classificar os sinais que ocorrem em uma comunicação segundo um conjunto de categorias apropriadas. (BARDIN, 1977).

Em sua abordagem sobre Análise de Conteúdo, várias técnicas são propostas por Bardin (1977): Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise da Enunciação. Essas técnicas buscam atingir os significados manifestos e latentes no material qualitativo.

No presente estudo, foi utilizada a Análise Temática por se tratar de um instrumento que considera a diversidade das comunicações, enriquece a tentativa exploratória e eleva a propensão à descoberta. Baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descoberta de diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, o reagrupamento em classes ou categorias (BARDIN, 1977).

Para a realização dessa proposta metodológica de interpretação, Bardin (1977) propõe uma sequência de três fases cronológicas, direcionando a construção dos núcleos temáticos: pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados.

3.4.1 Pré-Análise

Trata-se da fase de organização dos dados com o objetivo de constituir o corpus da pesquisa. “O corpus é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (BARDIN, 1977, p. 96). Para auxiliar na organização dos dados, foram utilizadas as regras apresentadas por Bardin (1977), ainda na pré-análise: Regra de exaustividade, que levou em conta todos os elementos do corpus da pesquisa; regra da representatividade, onde a amostra do universo permitiu a análise em sua totalidade; regra da homogeneidade, onde os questionamentos e inferências das entrevistas foram os mesmos para todos os participantes e a regra da pertinência, onde os documentos da pesquisa procuraram adequar-se ao objetivo de investigação.

O quadro 1 mostra a síntese da pré-análise e como foram organizados os dados que fazem parte do corpus desta pesquisa:

Quadro 1 – Pré-análise para organização dos dados: Corpus da pesquisa

Instrumento	Código	Descrição
Roteiro de observação	R1	Elaborado durante a observação não participante nos dois serviços escolhidos para a realização da pesquisa.
Notas de campo	N2	Obtidas a partir da observação e diálogos com os profissionais dos serviços.
Roteiro de entrevistas	E3	Aplicado aos participantes após aplicação do MEEM.

Fonte: Própria autora.

3.4.2 Exploração do Material

Nessa fase, o corpus estabelecido foi estudado mais profundamente, com o objetivo de estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto. “Os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos”(BARDIN, 1977, p. 101). A observação, as notas de campo e as entrevistas foram demarcadas com cores diferenciadas e partir deste ponto pôde-se obter unidades de registro ou temas iniciais mais recorrentes nas falas.

A Unidade de Registro é a menor parte do conteúdo, cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias levantadas (FRANCO, 2008, p. 41). Os registros, de acordo com este autor podem ser de distintos tipos que podem estar inter-relacionados: a palavra, o tema, o personagem, o item. Nesta pesquisa a unidade de registro faz referência ao tema escolhido para início da criação das categorias analíticas.

Segundo Bardin, o tema “é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (1977, p. 105). No quadro 2 são descritas as unidades de registro dos temas iniciais do estudo.

Quadro 2 – Unidades de registro - temas iniciais

Temas iniciais	Agrupamentos realizados
Transição do domicílio para a rua	Considerações sobre o processo de transição relatado pelo entrevistado (E3), expressão de sentimentos acerca do contexto vivenciado.
Adaptação à rua	Neste item foram considerados além dos relatos dos idosos (E3), a reflexão sobre os recursos disponibilizados nos serviços para atendê-los (N2).
Sentimentos em relação a estar na rua	Fala dos participantes (E3), percepção da pesquisadora (R1, N2).
Situação financeira	Dados da pesquisa socioeconômica realizada com os idosos (E3) e verificação no sistema SAGI – Relatório de Informações Sociais.
Recursos mínimos de sobrevivência	Observação de campo (R1), verificação de recursos físicos e estruturais nas instituições (N2), relato dos idosos (E3).
Programas Sociais	Relato dos entrevistados (E3), verificação prévia em pesquisa bibliográfica e eletrônica.
Direitos dos idosos	Observação de campo (R1), relatos dos idosos (E3).
Transição saúde –doença	Relato dos idosos (E3), verificação da pesquisadora de como os mesmos transitam pelos serviços (N2).
Assistência à saúde	Relato dos idosos (E3), verificação prévia dos equipamentos de saúde disponíveis para a população em situação de rua (MINAS GERAIS, 2019).
Uso de medicamentos	Dados da pesquisa, relatos dos idosos (E3).
Referência a ficar sozinho ou em grupo	Observação da pesquisadora (R1) e relato do entrevistado (E3).
Opção pelo isolamento social	Observação de campo (R1) e percepção da pesquisadora (N2).
Vínculos familiares	Relato do entrevistado (E3) e menção de alguns casos pelos profissionais dos serviços.
Ruptura de vínculos	Relato dos entrevistados (E3), dados da pesquisa (R1, N2).
Violência na rua	Referência dos idosos (E3) e conhecimento prévio acerca da temática.
Transição para o envelhecimento	Relatos dos idosos (E3) e observação de campo (R1).
O olhar da sociedade	Referência de como o idoso é visto pela sociedade (E3) e pesquisas sobre como a sociedade o vê (LEONEL, 2017).

Fonte: Própria autora.

Depois desta etapa, foi estabelecida a unidade de contexto, apontada por Franco (2008) como o “pano de fundo” que fornece significado às unidades de análise. Retornamos aos dados, agora buscando as recorrências e não recorrências, procurando o que cada participante havia explicitado em cada um dos procedimentos metodológicos. Desta forma foram delimitados os eixos temáticos, como descrito no quadro 3:

Quadro 3 – Eixos temáticos

Eixos temáticos	Temas iniciais
Percurso Assistencial	Transição saúde –doença
	Uso de medicamentos
Como sobreviver na rua	Situação financeira
	Recursos mínimos de sobrevivência
Ações de promoção à saúde dos idosos que vivem na rua	Assistência à saúde
	O olhar da sociedade
A invisibilidade social frente à situação de rua	Opção pelo isolamento social
	Sentimentos em relação a estar na rua
	O olhar da sociedade
O envelhecimento em situação de rua	Adaptação à rua
	Transição para o envelhecimento
	Referência a ficar sozinho ou em grupo
A rua como referência	Transição do domicílio para a rua
	Vínculos familiares
	Ruptura de vínculos
O isolamento social como forma de proteção individual	Opção pelo isolamento social
	Violência na rua
Políticas públicas e o amparo aos idosos que vivem na rua	Direitos dos idosos
	Programas Sociais

Fonte: Própria autora.

3.4.3 Tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação

Nessa fase, os dados coletados foram tratados de maneira que pudessem ser significativos fazendo uso, no caso desta pesquisa, de quadros, estabelecendo, a partir dos eixos temáticos e da tabela de recorrências e das diferenças, as categorias

de análise da pesquisa, que segundo Bardin (1977, p. 117) emergem por meio de uma “operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”. O quadro 4 abrange as categorias analíticas que emergiram da aplicação dos princípios de Bardin.

Quadro 4 – Categorias de Análise

Categorias de Análise	Eixos temáticos
A invisibilidade social do envelhecimento em situação de rua	A invisibilidade social frente à situação de rua
	A rua como referência
	O envelhecimento em situação de rua
	O isolamento social como forma de proteção individual
O processo de transição vivenciado na rua	Como sobreviver na rua
	Políticas públicas e o amparo aos idosos que vivem na rua
Desafios da enfermagem no cuidado aos idosos em situação de rua	Ações de promoção à saúde dos idosos que vivem na rua
	Percurso Assistencial

Fonte: Própria autora.

3.5 Aspectos ético-legais da pesquisa

A pesquisa atendeu os preceitos éticos e legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013), o qual dispõe normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Também se condicionou ao cumprimento dos Requisitos da Resolução n° 510, do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de abril de 2016 que dispõe sobre a ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais (BRASIL, 2016).

Apresentou Parecer Deferido pelo Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – 52/2018 (ANEXO

III). Posteriormente, obteve aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania da prefeitura de Belo Horizonte que emitiu Carta de Anuência em 29 de abril de 2019 (ANEXO IV).

O projeto também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (ANEXO V), sob o Parecer n. 3.442.365. Antes da coleta dos dados foi explicada a cada um dos participantes a pretensão da pesquisa, oferecendo a plena liberdade de participação ou recusa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi fornecido e assinado por cada um dos sujeitos (APÊNDICE I), e garantido confidencialidade e anonimato aos participantes.

4 O ENVELHECIMENTO SOB A ÓTICA DOS IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA

4.1 Os idosos em situação de rua: um pouco das histórias de vida

Participaram do estudo 14 idosos que compartilharam suas histórias relatando acontecimentos marcantes de suas vidas, quando a rua passa a ser a casa, o lugar onde estão envelhecendo, conforme exposto a seguir:

- **EZEQUIEL:** Tinha 60 anos, fez aniversário no dia anterior ao que foi entrevistado. Foi casado por mais de 18 anos e tem duas filhas. Alegou ser separado e ter estudado até a 4ª série do ensino fundamental. Ao se separar da esposa, optou por sair de casa e deixar a casa com tudo para a ex-companheira e suas filhas. Tudo o que construiu ao longo dos anos de relacionamento foi deixado para trás e o mesmo foi morar na rua, levando apenas algumas peças de roupa. Sempre trabalhou no ramo de construção civil e alegou que os trabalhos ficaram escassos nos últimos anos e que hoje faz “bicos” para complementar a renda do bolsa família. Vivia na rua há 15 meses e tinha contato com sua única irmã. Já tentou morar com ela, mas não aceita ficar na casa em que ela reside porque não quer atrapalhar sua vida e a da sua família. Ezequiel gostava de andar arrumado, tomar banho todos os dias no Centro Pop e dormia no Albergue Tia Branca. Gostava muito de ler e tinha muita fé em Deus. Ezequiel foi o nome escolhido para este sujeito afinal, sua semelhança com o garoto da Obra Dom Casmurro, que foi rejeitado pela família, é percebido no decorrer da narração de sua história.
- **LOBO NEVES:** Tinha 66 anos e soube dizer o dia, o mês e o ano em que foi morar na rua, isso há 9 anos e 8 meses. Estudou até a 2ª série do ensino fundamental e alegou ser solteiro. Teve um grave desentendimento com sua mulher que era etilista grave e o traiu. Foram parar na delegacia e depois desse dia, nunca mais ele voltou para casa. Não tinha contato com a ex-companheira e com os filhos, pois relatou que os mesmos ficaram do lado da mãe. Gostava de assistir televisão no Centro Pop e quando encerram as atividades no Pop ele caminha até o Bairro de Lourdes, onde gostava de dormir todos os dias. Mencionou que lá é um local sossegado e ninguém o incomoda em suas noites de sono. Tinha seu armário no Centro Pop e levava apenas seu cobertor para dormir na rua. Disse que não tomava banho todos os dias

porque “[...] esses *troço de pelamonia mata os véios* [...]”, por isso, ia no Ceasa a cada 15 dias tomar banho. Vai até o local porque relata que não tomava banho no Centro Pop, afinal, os mais novos não respeitavam os velhos e falavam muita baixaria no banheiro. Aproveitava para pegar um “bico” extra carregando alimentos no local. Pela traição que o fez ir morar na rua recebe o nome Lobo Neves que também sofre adultério da esposa como o protagonista na obra *Memórias Póstumas de Brás Cubas*.

- **QUINCAS BORBA:** Tinha 68 anos. Possuía ensino fundamental incompleto, mas apresentou-se como um teórico ilustre muito semelhante ao personagem de Machado de Assis na obra *Memórias Póstumas de Brás Cubas*. Tinha uma caligrafia espetacular e sabia de todas as notícias do mundo da cultura. Alegou ser divorciado. Saiu de casa porque tem uma forte ligação espiritual com Deus, que o pediu para fazer isso. Deixou a mulher e diz que todos os seus filhos já são casados e bem de vida. Uma das filhas era médica e os outros também já estavam encaminhados. Estava em situação de rua há 18 meses e disse que quando Deus pede alguma coisa o ser humano não faz, ele é punido. Acredita que tem a missão de evangelizar na terra até o dia da sua morte. Indica diversos livros para que eu leia após terminar a pesquisa e indica livrarias onde comprá-los por excelentes preços. Quincas era um sujeito bem arrumado, gostava de higienizar-se diariamente no Centro Pop e dormia em uma pequena praça localizada no centro da cidade.
- **ADEMILSON:** Tinha 65 anos de idade. Estudou até a 5ª série do ensino fundamental e alegava ser solteiro. Se alguém o vir pela rua nunca falará que o mesmo não tem um lar. Só andava arrumado, com roupas sociais e com sua maleta e dizia que as pessoas o chamavam de pastor. Nunca se casou, não possui filhos e saiu de casa após sofrer uma tentativa de homicídio do próprio irmão que queria herdar a casa que os pais deixaram. Contou que o irmão colocou veneno na comida e que graças a Deus percebeu antes e não ingeriu. Fora as constantes brigas que tinha com o mesmo que não aceitava dividir o patrimônio que os pais haviam deixado. Morava em outro município e veio para a capital porque tem mais recursos e luta todos os dias para conseguir seu BPC. Não quis mais voltar para a casa porque depois que a mãe morreu, nunca mais teve paz. Ademilson encontrava-se nesta situação há 18 meses e passava o dia pelas ruas, ia na igreja, ficava nas praças e à tarde pegava um ônibus e ia até o Abrigo São Paulo. Preferia dormir lá, pois alegava que é mais aconchegante

e limpo que o Albergue Tia Branca. Andava bem arrumado durante a semana, tomava banho todos os dias e aos sábados e domingos coloca suas piores roupas e piores sapatos para conseguir doações, afinal, se as pessoas verem o mesmo de roupa social, pasta na mão e cabelo arrumado não davam alimento para ele aos finais de semana. Ademilson foi o nome escolhido por um dos sujeitos da pesquisa.

- **COSME:** Era o único sujeito da pesquisa que bebia para não pensar na situação em que estava. Tinha 60 anos, estudou pouco, não concluiu a 5ª série, e saiu de casa por conflitos com a mulher há quase três anos e até o momento em que foi entrevistado, as filhas o pediam para voltar, mas preferia a rua ao retorno para o seu lar. Sempre bebeu muito e depois de uma briga com a mulher foi embora do lar. Logo quando foi morar na rua, há mais de 30 meses, consumiu tanta bebida alcoólica que foi atropelado por um carro ficando paraplégico. Teve que colocar diversos parafusos em uma das pernas e se locomovia para vários locais em sua cadeira de rodas. Informou que bebia e fumava muito, além disso costumava dormir na praça da rodoviária todos os dias. Cosme tomava banho no Centro Pop Sul no banheiro exclusivo para prioridades. Brigava com todos que demoravam muito e era protegido pelos demais por estar em uma cadeira de rodas. Quando estava muito alcoolizado e não conseguia chegar até a praça, dormia perto do Centro Pop. Cosme foi o nome atribuído a este idoso pela sua semelhança física e laboral com o personagem de Dom Casmurro.
- **JOSÉ DIAS:** Tinha 65 anos, ensino médio completo, alegava ser solteiro e estar na rua há 6 anos. Era um homem inteligente e discutia de forma invejável questões políticas atuais. Saiu de casa por causa da Lei Maria da Penha e foi obrigado a afastar-se do convívio familiar. Alegou que “*nunca teve mulher de verdade*”. Relatou que o motivo pelo qual deixou seu lar foi por uma vizinha, com a qual ele teve um desentendimento e posteriormente foi levado à delegacia, fato que resultou em um processo na Lei Maria da Penha. Alegava sequer ter batido na vizinha e diz que a justiça presta para algumas coisas, mas para outras não. Não tinha filhos nem contato com familiares. Realizava sua higiene pessoal no Centro Pop quando o tempo estava bom. Gostava de ir até a biblioteca central ou até o campus da UFMG na área hospitalar para passear e transitar entre os estudantes e intelectuais. Também lia diversos livros e gostava de passar as noites em uma avenida bastante movimentada da capital, próximo à praça da rodoviária. José Dias referia um caráter de agregação

e riso sem vontade quando mencionou a casa onde vivia, por este motivo, se assemelha ao personagem de Dom Casmurro.

- **ÁLVARO:** Tinha 75 anos, era solteiro, nunca casou ou teve filhos e uma história de vida marcante. Quando criança trabalhava em uma fábrica de carvão com os pais e vivia num quarto com a família, no interior da fábrica. Nunca pôde sair do local. Lá aprendeu a ler e escrever e quando completou a maioridade fugiu, deixando a família e os vínculos. Foi para São Paulo, conseguiu emprego e morou em uma pensão por alguns anos, posteriormente, não teve condições financeiras para manter-se no local e foi viver nas ruas da capital paulista. Migrou para o Rio de Janeiro em seguida e há uns 10 anos chegou na capital mineira. Não tinha nenhum contato com a família, não sabia se os pais e os irmãos estavam vivos. Fez 2 cursos superiores, na área de turismo e paleontologia e vivia em situação de rua há mais de 40 anos. Era inquieto e gostava de falar sobre suas experiências com o tarô. A entrevista com Álvaro foi realizada em agosto de 2019 e por manter contato com o gestor do serviço em que ele se encontrava, fui informada sobre seu óbito em janeiro de 2020. Segundo relatos, o idoso sofreu uma parada cardiorrespiratória dentro do Centro Pop Leste e não foi possível identificar a causa da parada. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi acionado, mas Álvaro nunca mais voltou ao Centro Pop. Sua morte me fez refletir acerca da desvalorização do idoso em situação de rua e promoveu a inquietação sobre como este idoso seria enterrado já que seus vínculos familiares estavam rompidos. Fui informada que neste caso, a equipe do serviço social do Centro Pop procura estabelecer contato com qualquer membro da família ou amigo do sujeito. Caso os entes não queiram reclamar o corpo, o sujeito é enterrado por meio da verba pública municipal destinada ao enterro de pessoas sem condições de arcar com os gastos. Se possuir documento de identificação e morrer na rua, ainda existe a possibilidade do Instituto Médico Legal (IML) realizar buscas em sua base de dados, entrar em contato com o Centro Pop, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) próximo ao endereço onde permanecia, Albergue ou a Pastoral de Rua e o sujeito pode ser enterrado por instituições filantrópicas, como a Pastoral de Rua ou com a verba da prefeitura de Belo Horizonte. Caso não possua documentos, é enterrado como indigente. Álvaro foi o nome escolhido por um dos sujeitos da pesquisa.

- **PRUDÊNCIO:** Tinha 62 anos, era um sujeito calado, passivo. Estudou até o primeiro ano do ensino médio e estava na rua há 1 ano e um mês. Morava e trabalhava em São Paulo, foi casado por alguns anos e quando se separou foi morar com o filho em uma cidade no interior de Minas Gerais. Morava com o filho, a nora e dois netos. Ajudava o filho com trabalhos na empresa e alegou que o filho pedia que ele trabalhasse como forma de suprir as despesas financeiras com a moradia. Saiu da casa porque não se sentia parte da família e não recebia pagamento pelo trabalho realizado. Era difícil, mas às vezes o filho dava R\$ 50,00 por semana e ele não questionava, afinal sabia que também gerava despesas. Relatou que o pagamento que recebia era tão irrisório que ele juntou três meses de trabalho, comprou uma passagem para a capital e logo quando chegou procurou emprego em diversos locais e como não encontrou, passou a viver em situação de rua. Recebe auxílio do governo e faz “*bico*” de capina onde tiver oportunidade. Informou que recebe ajuda financeira do pastor de uma grande igreja evangélica por meio dos trabalhos que executa na igreja. Contou que tem alguns finais de semana que ficava sem comer, porque passava muito tempo na igreja ajudando o pastor, quando voltava para a rua, já não haviam doações. Escondia do pastor que vivia em situação de rua e todos os dias buscava oportunidades de emprego, mas até o momento da entrevista, não havia encontrado. A higiene pessoal era realizada todos os dias no Centro Pop Leste ou no Albergue Tia Branca, onde passava suas noites. Recebe o nome de Prudêncio pois o que relata se assemelha ao personagem da obra Memórias Póstumas de Brás Cubas, afinal, era tratado como “escravo” e recebe sua carta de alforria quando decide morar na rua.
- **BENTINHO:** Era um senhor de 71 anos, namorador e muito intelectual. Concluiu o ensino médio e alega ser divorciado. Saiu de casa após término do relacionamento conjugal e alegou que os filhos o colocaram para fora de casa por não aceitarem o namoro do pai. Deixou a casa que havia reformado há pouco tempo e tudo mais o que tinha. Morava em uma cidade do interior de Minas Gerais e antes de vir para a capital, pesquisou sobre os locais onde poderia passar o dia e as noites para não ter que dormir na rua. Vivia nessa situação há 22 meses e não desejava retornar para sua casa. Era aposentado e recebia um valor menor do que o salário mínimo, pois pegou um empréstimo para arrumar sua casa. Passava o dia escrevendo poesias sobre diversas temáticas. Era sempre cuidadoso com seus cadernos e equipamentos

eletrônicos. Tinha seu tablet e com ele se conectava ao mundo, com muito cuidado para não ser assaltado. Demonstra facilidade no uso da tecnologia e internet. Contou que posta todas as suas poesias em uma página do Facebook e mostrou com orgulho seus diversos seguidores e admiradoras. Hoje é meu amigo nas redes sociais e sempre manda belas mensagens. Sua higiene pessoal era realizada no Centro Pop durante o dia e à noite dormia no Albergue Tia Branca. Inferiu que chega cedo ao local e tem seu quarto preferido, onde dorme todos os dias. Seu nome foi atribuído concomitante ao personagem da Obra Dom Casmurro, afinal o mesmo foi o protagonista de vários nomes da história de vida dos sujeitos desta pesquisa, e assim o faz no ambiente em que vive, protagoniza romances nas mais belas poesias.

- **BRÁS CUBAS:** Tinha 63 anos de idade, era formado em Letras pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e estava na rua há um ano e meio. Não suportou a ociosidade pós-aposentadoria. Fez o curso superior para realização pessoal pouco antes de se aposentar e quando viu que não tinha mais o que fazer em casa, surtou e veio andando do Rio de Janeiro até Belo Horizonte somente com a roupa do corpo. Deixou um filho de 16 anos e sua esposa. Alegava não conseguir voltar por depressão e vergonha. Gostava de passar as manhãs na praça da Estação lendo e cantando coros antigos da igreja. Andava pela cidade durante o dia e quando entardecia retornava ao Albergue Tia Branca para dormir. Era inteligente e todos os dias que foi observado no Centro Pop estava sozinho no canto do hall lendo. Relatou ter vontade de voltar para a casa, mas a depressão era tão forte que ele não conseguia. Dizia ter deixado para trás seu carro, celular, contas, desejos, sonhos e perspectiva de vida e recebe este nome por se assemelhar ao personagem de Machado de Assis no que tange ao amor por Marcela. Brás inferiu a todo momento que ama a esposa.
- **CHICÃO:** Tinha 65 anos, não lia nada, mas era expert nos jogos de baralho. Ganhava quase todos! Teve problemas com o tráfico quando era mais jovem, hoje não enxerga de um olho e diz ter renascido após levar mais de 10 tiros de um traficante no Espírito Santo, local em que viveu por mais de 30 anos. Um dos tiros o fez perder a visão do olho esquerdo. Saiu da casa em que vivia em outro estado devido a um desentendimento com a mulher, foi embora com a roupa do corpo, pegou carona na estrada e chegou até Belo Horizonte, onde vive atualmente. As filhas não o apoiaram e para ele todas morreram. Alegou ser separado, analfabeto e estava na rua há 6

anos. Não queria mais contato com a família, que mora em outro estado e preferia viver na rua a voltar para casa. Disse que Deus o salvou quando foi baleado e fez a promessa de levar a palavra do Senhor onde fosse caso sobrevivesse. Um de seus hobbies preferidos era jogar baralho e ensinar sobre vários tipos de jogos a quem se interessar. Meu contato com o Sr. Chicão permitiu que eu aprendesse pife, buraco, canastra e até can can. Ele relatou que adquire estes jogos por meio do BPC, que ganhou logo após se recuperar dos tiros que quase o levaram à morte há 10 anos. Recebe o nome de Chicão por um dos sujeitos da pesquisa.

- **PORTUGA:** Tinha 63 anos, alegava ter ensino fundamental incompleto e ser separado. Foi casado durante muitos anos e teve vários desentendimentos com a esposa, o que o fez romper os vínculos familiares sair de casa e ir morar na rua, deixando a casa, filhas e sua identidade. Ficou na rua em sua cidade alguns meses, depois foi para a capital do Espírito Santo e há três meses, veio para Minas Gerais depois de pegar carona na estrada e desde que chegou vive nas ruas de Belo Horizonte. Não tinha vontade de voltar e não queria que ninguém o encontrasse. Sua higiene pessoal era realizada no Pop todos os dias e segundo relato, dormia nos quartos de migrantes disponíveis no Abrigo Tia Branca, afinal, viveu nas ruas do Espírito Santo por mais de um ano quando saiu de casa e veio para Belo Horizonte há apenas três meses, tendo direito de permanecer com sua carteirinha de migrante. Demonstrou-se muito calado, seu tom de voz era baixo e trazia tranquilidade. Gostava muito de jogar baralho e o fazia todos os dias no hall do Pop. Como tinha um pouco mais de “*leitura*”, fazia dupla com Chicão e ambos ganhavam várias partidas dos jogos. Portuga recebeu este nome por um dos sujeitos da pesquisa.
- **SABARÁ:** Tinha 64 anos, era solteiro e tinha ensino fundamental incompleto. Dizia ter sido alfabetizado através do Movimento Brasileiro de Alfabetização – MOBRAL, e hoje sabia ler porque foi aprendendo dia após dia. Tinha um sotaque especial e lia muito sobre a legislação que ampara a população de rua. Mencionou sobre seu conhecimento acerca da lei capaz de auxiliá-lo em sua aposentadoria e referiu que guarda o dinheiro que recebe do Bolsa Família para pagar um advogado capaz de ajudá-lo. No momento em que foi convidado a participar da pesquisa estava lendo um livro que falava sobre as políticas e as leis do país. Disse que sua família nunca o aceitou por causa de uma doença na cabeça. Em sua interpretação, a doença da

cabeça era algo que o impediu de aprender a ler e escrever como deveria e que era um problema que causava distanciamento do convívio social. Quando era jovem, era rejeitado por ser diferente e todos da família sempre o humilharam por não acreditar em suas ideias irreais. Preferiu viver na rua e fazer os tratamentos que o governo oferece a viver sendo humilhado. Morava em outro estado, no interior da Bahia e foi para a estrada pedir carona “*fugido*” e nunca mais retornou para casa. Nunca casou, não tinha filhos, não sabia se os pais e irmãos estavam vivos ou mortos. Estava na rua há 20 anos. Recebia bolsa família e também lutava para receber o dinheiro da “LOAS”. Andava pelas ruas durante o dia ou ia para o Pop para ficar no cantinho lendo, comia todos os dias, mas não se preocupava em higienizar-se diariamente. As vezes dorme no Tia Branca, mas quando não chegava a tempo (17:00 horário de entrada de pessoas acima de 60 anos) ficava na rua e no dia seguinte tomava café no Centro Pop. Também foi nomeado por um dos sujeitos da pesquisa.

- **ESCOBAR:** Tinha 60 anos e também veio para Belo Horizonte de carona saindo da capital do Espírito Santo há dois anos. Possuía ensino fundamental incompleto, recebia o Bolsa Família, era separado. Teve vários desentendimentos com a esposa depois que perdeu seu emprego e não quis ficar na sua casa, nem na cidade pois sabe que poderia encontrá-la. Trabalhava no ramo de construção civil, mas não tem preguiça de fazer nada. Veio para Belo Horizonte de carona em busca de um recomeço. Deixou duas filhas e um neto, que fala com muito carinho. É um homem inteligente e corajoso. Puxou seu pai que não tinha medo de nada. Solicitava constantemente apoio da assistente social para conseguir um emprego que propiciasse condições de alugar um local para morar. Tinha o sonho de sair da rua, mas com o valor social que recebia, não conseguiria pagar aluguel. Andava bem arrumado, sempre com roupas limpas e cabelo arrumado. No dia da entrevista ficamos conversando até sermos abordados pelo porteiro do Centro Pop que nos chamou atenção para o horário de fechamento do local. Sentamos num meio fio na porta do local e conversamos ainda mais. Ele contou sobre as praias do Espírito Santo, sobre suas aventuras no estado e sua vontade de voltar a ter uma família. Tinha lembranças boas e ruins do que vivera e focava em questões futuras como trabalhar e sair da rua. Também mencionou a dificuldade de conseguir emprego devido a sua idade e me referiu o questionamento acerca de como a sociedade enxerga a população em situação de rua. Respondi ao Sr. Escobar sobre o meu ponto de vista, mas alertei que

havia certo preconceito da sociedade em relação ao sujeito que vive na rua. Recebe o nome de Escobar devido ao personagem de Machado de Assis na obra Dom Casmurro, que na vida adulta, tornou-se negociante e esperto.

Os 14 idosos que participaram da pesquisa são do sexo masculino e tem idade entre 60 e 75 anos, e média de 64,7 anos. Quanto ao estado civil, oito eram separados/divorciados, cinco solteiros e um casado. Em relação à escolaridade um analfabeto, oito possuíam ensino fundamental incompleto, um com ensino fundamental completo, dois com ensino médio completo e dois com ensino superior completo.

Quanto à religião, seis alegaram ser católicos, cinco evangélicos, um acreditava no Jogo de Tarô e dois alegaram não ter religião.

(...) de manhã tem um pessoal da igreja batista estão me dando uma força no que eles podem, geralmente é o único dia que eu tenho, aí eu vou pro culto de manhã, 10 horas da manhã, fico no culto lá... Quando eu volto as doações acabaram... (PRUDÊNCIO).

Sabe o que é tarô? Aí, você entra aqui na sala do tarô, ou você passa aqui ou 'cê' passa 10 anos, enquanto 'cê' não tiver bom não sai daqui. Aí 'cê' vai entrar na sala de radiestesia, o pêndulo, enquanto não tiver bom não sai daqui, depois você vai entrar na sala de religiões... Isso que acredito. (ÁLVARO).

As motivações que levaram os idosos a buscar a vivência nas ruas foram diversas e aparecem nos relatos, explicitadas pelos conflitos com esposa, com irmãos ou vizinhos, falta de apoio financeiro e moral dos filhos, irmãos, amigos ou colegas e dificuldades conjugais e financeiras na vivência familiar. O desemprego foi citado por vários idosos, o que sempre culminava em brigas e falta de respeito dentro do lar.

Eu vim 'pra' rua, porque aconteceu um negócio grave comigo e eu não ia bancar... A mulher com um monte de homem dentro de casa, e eu vou bancar? Aí, vim embora, larguei tudo e fui embora. (CHICÃO).

Eu vim pra rua porque eu me separei, e pra mim foi muito difícil, já tem oito anos, mas até hoje eu sinto isso. Os meus filhos ficam com ela, não vejo meus filhos (ESCOBAR).

Um idoso mencionou estar em situação de rua porque Deus pediu, um teve um surto psíquico e saiu de casa, de forma pacífica, deixando esposa e filho, e um mencionou estar na rua por conflitos com a vizinhança onde residia.

É vontade de Deus. É o que eu falo. Porque eu quero não é. Tem um objetivo que Deus me deu. Trabalhava antes, menina, mas Deus quis assim (...). (QUINCAS BORBA).

Quanto ao tempo de vivência na rua, a média foi de 6,9 anos com variação entre 15 meses e 40 anos. Quanto à situação financeira, 10 idosos possuem renda fixa mensal de R\$ 91,00 (Bolsa Família) e quatro idosos têm aposentadoria ou Benefício de Prestação Continuada (BPC) com valor equivalente a um salário mínimo. Três indivíduos que possuem aposentadoria ou BPC fizeram empréstimos e recebem valores menores que um salário mínimo. Um deles recebe aposentadoria, mas foi embora de casa apenas com a roupa do corpo e deixou seu cartão com a esposa em outro Estado, vivendo somente de doações (o benefício Bolsa Família não pode ser concedido neste caso).

Depois que eu me aposentei não tem nem condições de pegar dinheiro, minha esposa tá administrando a dívida e meu filho lá (...) eu deixei tudo lá, um carrinho, 'fiatzinho' 2006/2007, assinei o documento. Larguei meu celular J7, deixei lá dentro com carregador, tudo meu que eu tinha lá. Não tenho contato com a minha esposa (BRÁS CUBAS).

Um dia, a assistente social aqui veio falar comigo, especular na minha vida, que que eu tô fazendo, disse que eu tenho muito dinheiro pra eu guardar, 654 reais (BENTINHO).

(...) eu não sou aposentado, só recebo bolsa família só. Falta quase dois anos pra eu aposentar, eu aposento com 65 (PORTUGA).

As condições de saúde dos idosos participantes do estudo são permeadas por relatos de doenças crônico-não transmissíveis, como diabetes e hipertensão arterial, quase sempre sem acompanhamento.

O único problema que eu tenho é... eu tomo remédio pra pressão. Não tomo mais remédio nenhum, é dia sim dia não (LOBO NEVES).

Em relação aos idosos que fazem uso de álcool e tabaco, apenas um relatou ser etilista e três referiram tabagismo com média de 20 a 60 cigarros por dia. Quanto

às doenças, quatro entrevistados referiram Hipertensão Arterial Sistêmica, dois citaram distúrbios no colesterol, dois enfatizam problemas nas articulações, dois citaram distúrbios psiquiátricos e os demais referiram problemas de saúde momentâneos. Quanto ao sujeito que faleceu em janeiro do ano atual, ao coletar informações sobre sua história foi possível identificar queixas relacionadas ao trato gastrointestinal.

Única vez que tive problema de saúde foi que eu fiquei nove meses no hospital por causa da barriga, agora tá melhorando porque o médico me deu bastante soro. (ÁLVARO)

Eu faço de tudo para ter boa saúde. Se precisar fazer exames eu faço, se precisar ir ao médico eu vou. Fiz até PSA semana passada. Consigo ir normal no posto de saúde, no Oswaldo Cruz. (EZEQUIEL).

Pra mim subir a escada ali eu demoro quase uma hora. Porque eu não piso, eu não da pra mim pisar com minha perna esquerda. (BENTINHO).

Depressão e pânico. Eu voltei a fazer tratamento agora, eu trabalhava e fazia tratamento, ai parei porque o trabalho te envolve tanto que você acaba não percebendo... (BRÁS CUBAS).

Quanto aos medicamentos que utilizavam, os que atuam no controle da depressão arterial foram os mais citados, seguidos de medicamentos para controle do colesterol e analgésicos. O uso de psicotrópicos também foi referido por três idosos. Foi possível perceber que os idosos conseguem fazer uso dos medicamentos que são prescritos e a busca pelo atendimento na atenção primária é realizada, cabendo ao sujeito e a equipe de saúde que o atende a responsabilização pelo tratamento. Também existe a disponibilidade de água filtrada para ingestão dos medicamentos e o grau de instrução, nível de escolaridade e a forma como o sujeito aprendeu a lidar com sua condição crônica quando era domiciliado interferem na habilidade de tratá-la em situação de rua.

(...) a tendência com a idade é [piorar a saúde], mas a minha tá do mesmo jeito, exceto o joelho que doeu uma época aí, mas parou, eu peguei com Deus sabe, "cé" não consegue muita coisa sem Ele não. (JOSÉ DIAS).

Não vou em qualquer lugar, qualquer escada, tenho dificuldade com qualquer aclive ou declive (BENTINHO).

Em relação aos serviços de saúde mais utilizados, os Centros de Saúde (CS) foram os mais citados. Os idosos procuram as unidades de saúde conforme área adstrita dos dois Centros Pop. Na atenção primária são cadastrados com endereço do Centros Pop e atendidos conforme suas demandas. A prefeitura de Belo Horizonte atua com dois serviços de Atenção Primária a Saúde destinados a atender a população em situação de rua e ambos os serviços também são referência para a população de idosos entrevistada. Além de serem atendidos nos serviços, os idosos elogiaram os profissionais que atuam em ambas as unidades.

Eu faço de tudo para ter boa saúde. Se precisar fazer exames eu faço, se precisar ir ao médico eu vou. Fiz até PSA semana passada. Consigo ir normal no posto de saúde, no Oswaldo Cruz (EZEQUIEL).

Faço tudo, exame geral, check-up, inclusive eu tenho que fazer agora da próstata de novo, eu faço de seis em seis meses. (ESCOBAR).

A procura pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) foi citada por quatro idosos. Um deles relata fatos do início da vida nas ruas:

Ah, no início, comi lavagem demais, muita porcaria, sujeira, arrumei um colega também, sempre aparece alguém, Deus sempre manda alguém, tem um colega que me ajudou muito. Dormia do lado dele. Dormia juntinho. Lá no restaurante popular tinha um velho lá que...Tive muita ajuda três, quatro pessoas me ajudaram muito. Essa lavagem que eu comi me fazia mal, aí tive que ir ao médico, fiquei na UPA, mas eu mesmo me curei (QUINCAS BORBA).

Quanto ao fato de ter sido hospitalizado/ internado após estar em situação de rua, seis idosos falaram que sim, mencionando diferentes motivos:

(...) eu fiquei dois meses e meio internado, eu cheguei lá vomitando, tuberculose (BENTINHO).

(...) eu descobri que a mente não adocece não, mente é sã, e meus problemas todo era físico. Por causa que eu tremia eu esquecia das coisas, por causa que esquecia era lerdo, tinha aquela lerdeza, por isso fiquei lá (SABARÁ).

Eu fui no médico pra operar o furúnculo, mas não foi operado não. Eles me enganou ali naquele hospital perto da rodoviária, não tem uma passarela "largona", tipo na do Carmo, aquele hospital que você desce a escada assim, e desce o morro assim (CHICÃO).

No procedimento de coleta de dados também foi aplicado individualmente o MEEM com a finalidade de identificação de fatores cognitivos que incitem alterações neurológicas.

De todos os idosos avaliados, oito apresentaram pontuação igual ou superior a 27 pontos, escore considerado normal para avaliação individual. Dois apresentaram notas 24 e 25, o que segundo a Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária ainda não é considerada demência. Três apresentaram notas inferiores a 24 pontos, porém possuem menos de quatro anos de escolaridade e apenas um apresentou pontuação compatível com prejuízo cognitivo (15 pontos), sendo o único idoso a referir uso de álcool e tabaco diariamente.

5 REFLEXÕES ACERCA DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE RUA



5.1 A Invisibilidade Social do Envelhecimento em Situação de Rua

Na sociedade ocidental contemporânea ser invisível tende a significar ser inexistente ou insignificante. Este sentimento de invisibilidade é provocado pelo não-reconhecimento de outrem, sendo esta atitude um produto da cultura e do passado biográfico daquele que-não-vê. Existem duas possibilidades para que um indivíduo seja invisível quando na realidade é fisicamente visível. A primeira pode ser o resultado de um ato voluntário. E a outra pode ser a consequência de uma intersubjetividade constituinte, o que implica que o ato de "não-ver", que é uma perspectiva coletiva e partilhada dando origem a uma diversidade invisível (TOMÁS, 2008).

Silva et al. (2019) em estudo sobre cidadania, direitos humanos, religião e políticas públicas afirmam que os sujeitos que apresentam atributos socialmente desejados são categorizados como normais, enquanto aqueles que possuem um ou mais atributos indesejáveis são considerados desviantes.

Os idosos em situação de rua são muitas vezes julgados pela sua instabilidade financeira por ser vistos como alguém que não tenha capacidade de ter um lar, de trabalhar e por não estarem com as vestimentas padrões da sociedade, por exemplo,

usando apenas roupas velhas e chinelos. Desse modo, são constantemente inferiorizados, reprovados e segregados, consequências da falta de atenção dada pela sociedade e pelo poder público, o que os torna corpos precarizados (MELO, 2015).

Além das pessoas com olhar de medo ou compaixão para aquele idoso malvestido vindo em sua direção pensando que já vai pedir esmola, essa indiferença faz com que a sociedade se feche para o mundo e discrimine essa parte da sociedade. A invisibilidade social mostra que o mundo está repleto de aspectos em que cada situação pode ser compreendida por um contexto diferente (SILVA et.al., 2019).

Dados coletados pela Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) com número aproximado de 32 mil pessoas em situação de rua, concluiu que apenas 15,7% dos entrevistados possuíam base da sua renda pedindo dinheiro. A pesquisa também denota o abandono dos órgãos governamentais de assistência social para com essas pessoas, visto que o número de 88,7% dos entrevistados não recebia acesso a nenhum programa governamental, embora a situação de risco em que se encontram claramente os categoriza como uma população no mínimo necessitada destes (NONATO; RAIOL, 2016).

Com base no que os autores mencionam acerca da Pesquisa Nacional, é possível visualizar em tempo real o número de famílias vivendo em situação de rua e quantas delas recebem apenas o benefício do governo federal de R\$ 91,00 Per capita (BRASIL, 2020). Muitas destas famílias e até mesmo idosos lutam por condições melhores de vida e sobrevivência e buscam seus direitos junto a previdência social, muitas vezes sem atentar-se aos pré-requisitos para receber benefícios destinados aos segurados (BRASIL, 2020).

Cria-se, assim, uma enorme distância social, marcada pelas fronteiras corporais da sujeira, do corpo indigno que assusta e afasta, que separa o idoso morador de rua e o domiciliado, de tal forma que tudo se passa como se elas não dispusessem de nenhuma forma de reconhecimento social positivo pautada em seus gestos ou suas formas de se vestir e falar (GRAEFF, 2012).

De acordo com Gachet (2007), ser invisível pode levar as pessoas a processos depressivos. “Aparecer” é ser importante para a espécie humana, ser valorizado de alguma forma é parte integrante de nossa passagem pela vida, temos que ser alguém, um bom profissional, um bom estudante, um bom pai, uma boa mãe, enfim, desempenhar com louvor algum papel social.

O idoso e o processo de envelhecimento populacional é uma discussão que ocupa pautas de reuniões em diferentes locais no mundo (IBGE, 2018; ONU, 2020; WHO, 2020). No entanto, não se observam discussões acerca do idoso em situação de rua. O fenômeno cresce substancialmente e precisa ser abordado (PBH, 2014).

É certo que muitos países ainda tentam se adaptar ao envelhecimento da população, porém o idoso precisa ser considerado em todos os seus aspectos, seja ele domiciliado ou não. Além disso, os últimos censos publicados em diversos países (ARUHI, 2018; CHANDRAN, 2018; CIA, 2020) e até no mesmo no Brasil (BRASIL, 2016; PBH, 2014), já podem subsidiar estratégias de abordagem a esta população.

O envelhecimento populacional traz consigo problemas de saúde que desafiam os sistemas de saúde e de previdência social. Envelhecer na rua é ainda pior. Não significa necessariamente adoecer. A menos que exista doença associada, o envelhecimento está associado a um bom nível de saúde. Além disso, os avanços no campo da saúde e da tecnologia permitiram para a população com acesso a serviços públicos ou privados adequados, uma melhor qualidade de vida nessa fase. Com isso, é fundamental investir em ações de prevenção ao longo de todo o curso de vida, em virtude do seu potencial para “resolver os desafios de hoje e, de forma crescente, os de amanhã” (KALACHE, 2008).

Até aqui, percebe-se a necessidade de conhecimento do processo de adoecimento do idoso em situação de rua. Um dos sujeitos foi a óbito em um contexto que alcança as subversões ao modo capitalístico excludente e violento das ruas, sobretudo, dos corpos dessas minorias. É nítida a negação da sociedade que insiste em “deixar morrer” na rua tantas pessoas, e, apesar de visualizar distribuição do capital para o enterro destes sujeitos, ainda vemos a concentração de renda que deixa tantos sem lugar de moradia e vida.

A marginalização e a invisibilidade desta população ganharam nitidez por ocasião do massacre de um grupo de moradores de rua realizado por agentes policiais na Praça da Sé, em São Paulo, que trouxe à cena a situação de homens, mulheres, crianças, adultos e idosos que vivem nas e das ruas, marcada por graves violações de direitos humanos, dentre as quais o direito à vida, tendo em vista os números alarmantes de homicídios e execuções policiais e da própria sociedade contra essa população (NOBRE; MORENO, AMORIM; SOUZA, 2018).

O financiamento do enterro de seus corpos é prudente, entretanto, guarda uma longa distância entre o que está posto como garantia de direitos e a criação e funcionamento de serviços voltados para esta população, afirmando a invisibilidade e desvirtuação da vida em situação de rua.

Há uma diversidade de ações relacionadas ao funcionamento das ILPIs que devem ser instituídas. Essas ações perpassam a modificação de normas de funcionamento (restrição da entrada e circulação de pessoas, adoção de protocolos para orientar higienização de superfícies, higienização das mãos, cuidados a serem praticados pelos profissionais que trabalham nas ILPI como medidas de prevenção à transmissão); maior atenção às boas práticas na segurança alimentar; vigilância à saúde mental de profissionais e idosos residentes, bem como a vigilância de casos suspeitos da COVID-19 (NUNES; MACHADO; MORAIS; COSTA; NASCIMENTO, NOBRE; SILVA, 2020). Mas e os idosos em situação de rua, qual a orientação acerca do cuidado a sua saúde? Onde devem realizar a higiene das mãos? Quais profissionais serão destinados a realizar medidas de saúde para prevenir a transmissão de doenças entre eles?

Thomé (2019) critica a sociedade brasileira, que tende a valorizar o novo e o jovem. Conforme a autora: “Há uma cultura mais preocupada em incorporar as últimas novidades produzidas no exterior do que em olhar para suas próprias tradições”. Nesse cenário, o discurso gerontológico afirma a invisibilidade e descaso com o idoso de forma que a sua experiência e contribuições sociais são menosprezadas pelos mais jovens. Esse descaso é ainda maior com o idoso que vive na rua.

O idoso em situação de rua envelhece com vários vínculos fragilizados, como apoio social, governamental, familiar e financeiro. Demonstram a fragilidade de vínculos familiares e sociais e tornam evidente o quão necessário é desenvolver pesquisas a seu respeito para instituir estratégias que os atendam.

Na Finlândia, são oferecidas habitações permanentes sem impor condições às pessoas em situação de rua (FEANTSA, 2017). Esta poderia ser uma alternativa a priori para grupos vulneráveis como os idosos, já que a maior parte deles deseja sair da rua.

O encontro da sociedade e das políticas públicas e a valorização do idoso em situação de rua pode ser permeado por antagonismo e pessimismo destes sujeitos, que são resultado de uma história de vida sofrida e de vulnerabilidades sociais, reproduzindo, muitas vezes, as relações familiares e sociais conflituosas.

Apropriando o conceito de vulnerabilidade, de José Ricardo Ayres, podemos dizer que os idosos em situação de rua devem estar permeáveis a sensibilidade de perceber quem são e quais suas demandas, assim como suas particularidades do ponto de vista da ciência e da técnica, para haver intervenções sobre sua saúde além de perspectivas que permitam pensar em reconstrução e em transformação social (AYRES; CASTELLANOS; BAPTISTA, 2018).

Nesta pesquisa, os idosos sentiram-se valorizados, com alguém lhes perguntando sobre questões que até eles mesmos não lembravam. Assim, impõe-se a necessidade de abordá-los, analisar suas relações entre intersubjetividades e contextos sociais, diálogos e conflitos, ações e estruturas sociais para de fato conseguir criar estratégias para ampará-los enquanto cidadãos sociais de direitos.

5.2 O Processo de Transição Vivenciado na Rua

A maior parte dos idosos entrevistados neste estudo apresentam insignificância de depreciação cognitiva quando avaliados pelo MEEM. Os que apresentaram diminuição nas notas incitam a reflexão relacionada a condição em que estão. Em revisão narrativa realizada por Nazario *et al.* (2018) com 23 artigos sobre avaliação

do déficit cognitivo de idosos, percebe-se que a mudança de ambiente, imobilismo e depressão são os principais fatores responsáveis pelo déficit cognitivo. No caso desta pesquisa há de se considerar que a situação de rua pode se mostrar como um fator relevante e contribuir na alteração da cognição de cada sujeito.

Outro estudo realizado por Imaginário *et al.* (2018) com 312 idosos institucionalizados mostra que o estado cognitivo se relaciona diretamente com a autoestima sendo uma via de condição de saúde. Os autores ainda inferem que existe um efeito positivo do estado cognitivo na condição de saúde dos respondentes. No contexto da vivência na rua, os idosos aqui avaliados também apresentam boa avaliação geral do MEEM se articulando de diversas formas para manter sua condição de saúde favorável.

Estes idosos vivenciam transições em diversos aspectos e na maioria das vezes, conseguem incorporar novos conhecimentos, alterando seu comportamento de acordo com suas necessidades. Estar em situação de rua para alguns sujeitos é uma condição ruim, mas não os impede de buscar alternativas para o enfrentamento eficaz dos processos de adoecimento.

Para entender as experiências do indivíduo durante as transições, é fundamental revelar as condições pessoais e ambientais que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de alcançar uma transição saudável. Condições pessoais compreendem os significados, as atitudes e crenças culturais, o estado socioeconômico, a preparação e o conhecimento apoiados nas dimensões comunitárias e sociais, podendo facilitar ou restringir os processos de transições saudáveis e os resultados das transições (MELEIS, 2000).

Se conscientizar da mudança é um processo que facilita o alcance de um estado estável para outro. As propriedades da transição são o período de tempo, o processo de mudança, a desconexão, a consciencialização e os eventos críticos (MELEIS, 2015).

Uma propriedade importante da transição é a consciencialização. Na generalidade dos casos é aceito que, para existir transição tem de existir

consciencialização do evento de mudança, da situação que desencadeou a transição e da experiência interna de transição. O que diferencia a mudança da transição é que a mudança é uma experiência externa enquanto a transição é uma experiência interna. As transições resultam de mudanças e resultam em mudanças (MELEIS, 2015).

Muitos idosos não consideram a transição quando falam sobre emprego formal, não formal e trabalho por conta própria. Aqueles que tem o desejo de trabalhar continuam fazendo isso, tanto de maneira formal ou informal. Entretanto, é perceptível que as oportunidades de empregos com renda fixa diminuem substancialmente devido à idade e a situação de rua.

Baltar, Souen e Campos (2017) referem que o ritmo de crescimento da população economicamente ativa em 2017 foi bem menor do que o do emprego formal, mas a parcela crescente desta população absorvida pelo emprego formal diminuiu não somente os desempregados, mas também os ocupados em trabalho não remunerado, empregados sem carteira de trabalho e empregados domésticos. Além disso, adultos sem qualificação especial puderam permanecer no emprego formal, em vez de serem expulsos do mercado de trabalho como era habitual, sendo obrigados a montar negócio próprio sem qualquer chance de êxito nesses negócios.

Em relação à transição saúde/doença, Silva *et al.* (2017) esclarecem que este tipo de transição decorre de uma mudança da condição de saúde, da passagem de um estado saudável para um estado de doença ou do agravamento do estado da condição de saúde. Alguns idosos não apresentam alterações na saúde após estarem em situação de rua, inclusive continuam cuidando como antes, outros, percebe-se que a saúde piorou após o contexto atual de vida.

Meleis (2010) afirma que o enfermeiro é uma figura chave nas situações de transição. Para se compreender a experiência da transição é necessário atender, ainda, às condições da transição, as quais nutrem com condicionalismos internos e externos àquele que a vive.

Entender o que os idosos pensam sobre viver em grupo ou individualmente, bem como os aspectos da sua saúde e aspectos externos do contexto em que vive, é essencial para a programação de planos terapêuticos bem-sucedidos.

Existem, no entanto, pontos dificultadores que impedem os profissionais de atuarem nos processos de transição que envolve o idoso em situação de rua. Para o psiquiatra Leonardo Agostini, referência técnica das equipes de saúde que atendem a população de rua em Belo Horizonte, a dificuldade de trabalhar com a população em situação de rua na capital mineira consiste na inadequação para coordenar as ações de promoção à saúde. Para driblar este problema, as equipes fazem reuniões intersetoriais com assistentes sociais e com outros equipamentos da saúde, como UPA, para discutir os casos de pacientes que estão frequentando a sala de emergência e urgência sem estarem inseridos em um percurso assistencial (MINAS GERAIS, 2019).

A inexistência de um sistema comum entre prontuário próprio para os equipamentos federal, estadual e municipal dificulta a atuação das equipes de saúde. Para o psiquiatra, o paciente é o mesmo, mas seu prontuário não é único e os sistemas não conversam (MINAS GERAIS, 2019).

Como descrito nos resultados da pesquisa, a Unidade de Pronto Atendimento e os Centros de Saúde são os equipamentos de saúde mais utilizados pelos idosos. Apesar destes sujeitos conseguirem acessar os serviços, os enfermeiros devem estar atentos aos processos de transição dos idosos, principalmente porque muitos são idosos jovens e a cada dia as consequências do aumento da idade podem acarretar transições mais significativas, de um estado de saúde para um estado de doença.

A identificação dos eventos críticos é essencial para se compreender as fases e a direção da experiência de transição, assim como para se identificarem momentos apropriados de avaliação e de intervenção (SILVA, *et al.*, 2017).

Inspirando-se em um estudo qualitativo-narrativo que avaliou a implementação de um programa de Enfermagem Baseada em Evidência sobre o egresso precoce após artroplastia de pelve, Camargo *et al.* (2018) demonstraram que a principal

preocupação da enfermeira foi executar a guia de prática clínica para a promoção da autonomia do paciente, conseguir a sua mobilidade precoce e o egresso hospitalar ao terceiro dia.

Na narrativa não foi evidenciado o esforço da enfermeira pela compreensão da situação particular de cada paciente, por necessidades fundamentais do cuidado como a dor, as náuseas, a incerteza para desenvolver as atividades do dia a dia e a preocupação com a transição da sua recuperação no seu lar, não foram consideradas dentro do plano de cuidados. Desde a perspectiva da standardização, a paciente conseguiu o egresso precoce ao terceiro dia do procedimento cirúrgico; entretanto, da perspectiva do cuidado, a paciente experimentou distanciamento, incompreensão por parte da enfermeira, quem não teve sensibilidade para identificar as suas necessidades de cuidado (CAMARGO et al., 2018).

Quanto à transição domicílio/rua alguns idosos demonstram adaptação satisfatória no processo transicional da casa para a rua. A dificuldade inicial é comum, porém com apoio dos equipamentos públicos, acesso ao restaurante popular, e apoio de Deus, garantem maestria no processo transicional, realizado com competência, conhecimento, habilidade, tomada de decisão e autoconfiança.

Bridges (1991) descreve três fases experimentadas na transição, sendo a primeira etapa "um período de terminações" em que há a retirada de relacionamentos ou de formas de comportamento assim como mudanças. A segunda etapa, denominada de "zona neutra", é o período de tempo em que uma pessoa vivencia desorientação causada pelas perdas no primeiro estágio, seguido pela desintegração de sistemas que estavam no local.

O estágio final de uma transição é o de "novos começos", marcado por encontrar significado e experimentar controle diante da situação. Segundo o autor, as pessoas devem passar por todos os três estágios para lidar realmente com a transição. No entanto, as fases de uma transição não ocorrem obrigatoriamente de uma forma linear, em vez disso, elas podem ser sequenciais, paralelas ou sobrepostas (BRIDGES, 1991). Os enfermeiros devem promover intervenções destinadas a estes

“novos começos” com a finalidade de auxiliar os idosos a superar seus desafios individuais buscando melhor qualidade de vida e saúde.

5.3 Desafios da enfermagem no cuidado aos idosos em situação de rua

A transição é motivo de apreensão para a enfermagem pelo risco potencial que sua experiência pode colocar sobre as pessoas. Prevenir esses riscos, melhorar o bem-estar, maximizar o funcionamento e reproduzir atividades de autocuidado são estratégias que enfermeiros usam para cuidar e apoiar as pessoas a alcançar os processos de transição saudáveis e resultados (MELEIS, 2010). Portanto, lidar com a transição é um processo dinâmico, que inclui vários seguimentos, alguns construídos de forma criativa e dinâmica e, ao mesmo tempo, adquirindo experiência e desenvolvendo competências no cuidado (SCHUMACHER, 1995).

Em entrevista à Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, a enfermeira Alice, do Centro de Saúde Carlos Chagas que é referência de atendimento à saúde da população em situação de rua em Belo Horizonte, ressalta a relevância do acolhimento para o trabalho de prevenção de agravos a saúde:

É neste momento que a gente mais consegue fazer educação em saúde nessa demanda espontânea. Por ser uma população muito singular e com alto índice de absenteísmo, não é possível trabalhar muito bem o agendamento com retorno. Ou seja, a gente tenta fazer tudo que deve ser feito, por meio de um acompanhamento mais holístico e levantando todo o tipo de demanda no primeiro atendimento” revela Alice (MINAS GERAIS, 2019).

Holismo é um conceito filosófico associado ao entendimento amplo dos fenômenos, sem reducionismo ou fragmentação. Cuidado holístico à saúde baseia-se em uma combinação de conhecimentos e de práticas que procuram abordar o ser humano em suas dimensões física, mental e espiritual, em uma interação ecológica social e cósmica, apontando para uma visão sistêmica e transdisciplinar do processo saúde-doença (LEITE, 2019).

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. A ESF, inserida nas UBS, foi justamente uma estratégia criada pelo governo para buscar

romper com paradigmas cristalizados pelos profissionais de saúde e incorporar um novo pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial, constituindo a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde (BRASIL, 2012).

Pelo acolhimento ou por outras formas de contato com os idosos que vivem na rua, é possível conhecer as demandas apresentadas por esta população e apoiá-lo nos processos de transição saúde/doença. Neste sentido, faz-se desejado conhecer a publicação da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, do mês de fevereiro de 2020 que enfatiza os cinco problemas de saúde mais comuns à população em situação de rua. São eles: (1) Tuberculose; (2) Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); (3) Transtornos Mentais por uso abusivo de drogas; (4) Problemas Dermatológicos (escabiose) e (5) Distúrbios gastrointestinais (diarreias) (MINAS GERAIS, 2020).

O enfermeiro deve levar em consideração todas as possíveis situações transicionais com relevância no contexto familiar, prestando cuidados em momentos de transição e facilitando essas mesmas transições, para que sejam bem-sucedidas.

Outro fator que o enfermeiro deve considerar para auxiliar o idoso em seus processos transicionais é a espiritualidade. Vários idosos em situação de rua relatam uma forte ligação com Deus e este aspecto pode auxiliar no alcance de transições saudáveis.

Os idosos utilizam-se prioritariamente do *coping* religioso espiritual, definido como o uso de crenças e comportamentos religiosos que visam facilitar a resolução de problemas, prevenir ou aliviar as implicações emocionais negativas vivenciadas em uma circunstância emocionalmente crítica.

Os sujeitos da pesquisa ressaltaram descobrir em Deus a força para o enfrentamento da vida a própria consciência do envelhecer. No desenvolver do estudo, foi possível perceber a importância da religiosidade e espiritualidade em suas vidas.

A interface entre espiritualidade e saúde é uma área de pesquisa relativamente nova, porém, em franco desenvolvimento. Pesquisas sobre a R/E (Religiosidade/Espiritualidade) evidenciam grande influência dessa dimensão na saúde física e mental dos indivíduos (FOCH; SILVA; ENUMO, 2017).

Embora o impacto da R/E seja frequentemente positivo sobre a saúde e a capacidade de enfrentamento de transições, também pode ser negativo, caso esteja associado aos indicadores de pior saúde (LUCCHETTI et al., 2017).

A espiritualidade tem como significado, a busca pelo sentido da vida e sempre foi um cenário contraditório à racionalidade científica. Com o reconhecimento pela OMS sobre a importância da espiritualidade para a qualidade de vida, passou a ser considerada um domínio importante de avaliação e promoção de saúde em todas as fases e idades. E na fase de envelhecimento, a espiritualidade advém da habilidade de suportar percalços, dificuldades e perdas intrínsecas a esta fase, onde há uma diversidade da vivência espiritual, tendo em comum o reconhecimento de sua relevância para se adaptar ao processo de envelhecimento com habilidade e maestria (SILVA, M.C.M. da; ALEXANDER; CASTRO, E.A.B. de, 2018).

Conhecer a natureza da transição, as suas condições e efeitos, assim como os padrões de resposta permite ao enfermeiro implementar, intencionalmente, intervenções no sentido de cuidar da pessoa que vivencia uma transição (SILVA, *et.al.*, 2017).

As intervenções de enfermagem pretendem promover indicadores de processo e de resultado saudáveis na pessoa que vivencia uma transição. Neste contexto, é esperado que os enfermeiros prescrevam intervenções no sentido de, segundo Meleis (2015), esclarecer significados, desenvolver competências (conhecimentos, habilidades e atitudes), estabelecer metas, modelar o papel de outros, fornecer recursos e oportunidades de treino/desenvolvimento, bem como facilitar o acesso a grupos de referência e a modelos que permitam a troca de experiências em torno de eventos críticos.

A transição se dá como concluída quando a pessoa apresenta mestria face ao novo papel, integrando os sentimentos, os objetivos e os comportamentos na sua identidade com confiança, conhecimento e *expertise*. A pessoa passa a aceitar a nova identidade de forma fluída, demonstrando desenvoltura na gestão da sua nova condição e conseguindo desenvolver interações e conexões saudáveis (MELEIS, 2015).

Quanto aos desafios que os enfermeiros podem enfrentar ao auxiliar os processos de transição com o aumento da demanda de idosos em situação de rua estão as situações de abuso, a diversidade na idade avançada, as desigualdades na saúde, além de estereótipos ultrapassados e preconceito com idosos (OPAS, 2018).

As situações de abuso são relatadas em meta-análise realizada por Yongjie, Mikton, Gassoumis e Wilber (2017) e publicado na *Lancet Global Health*. O estudo descobriu que quase 16% das pessoas com 60 anos ou mais foram submetidas a abusos psicológicos (11,6%), abusos financeiros (6,8%), negligência (4,2%), abusos físicos (2,6%) ou abusos sexuais (0,9%). A pesquisa se baseia nas melhores evidências disponíveis de 52 estudos em 28 países de diferentes regiões, incluindo 12 países de baixa e média renda.

A Organização Pan-Americana da Saúde estima que este número aumente à medida que as populações envelhecerem em todo o mundo (OPAS, 2018). A violência contra a pessoa idosa é frequente, muitas vezes fatal, gera alto custo ao sistema de saúde, e, ainda assim, tem sido pouco estudada. Além disso, idosos vítimas de maus-tratos têm três vezes mais chances de morrerem nos três anos seguintes ao evento traumático (DONG, 2015).

O papel de acolhimento, orientação e encaminhamentos dos idosos que vivem na rua, assim como a avaliação formal periódica das dimensões clínico e psicossocial da saúde desses sujeitos, cabe aos profissionais de saúde, possibilitando a identificação de fatores de risco para abuso, de modo a propor intervenções preventivas para atos de violência (LINO; RODRIGUES; LIMA; ATHIE; SOUZA, 2019).

A diversidade na idade avançada representa uma incógnita para o cuidado de enfermagem. Alguns idosos têm condições clínicas bastante favoráveis, outros experimentam os declínios funcionais da idade muito cedo.

Não há um “estereótipo” de uma pessoa idosa. Algumas pessoas com 80 anos de idade têm capacidades físicas e mentais semelhantes a muitas com 20. Outras pessoas experimentam declínios significativos nas capacidades físicas e mentais em idades muito mais jovens. Uma resposta abrangente de saúde pública deve abordar essa vasta gama de experiências e necessidades dos idosos.

Em relação às desigualdades na saúde, as divisões de classe social e espaciais produzem efeitos relevantes na distribuição assimétrica da saúde dos idosos. A conjugação de classe e território gera hierarquias marcantes nos níveis de saúde. Os contrastes são especialmente fortes entre as regiões mais e menos desenvolvidas. Localização espacial e classe social se combinam para acentuar dramaticamente as discrepâncias de saúde (SANTOS, 2018).

Estudos sobre idosos têm relatado que a percepção de saúde entre eles está mais relacionada ao grau de capacidade funcional do que aos diagnósticos de doenças crônicas (VAICAVA, F. et al, 2019; PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013). Alguns idosos não associam condições crônicas a um estado ruim da saúde e vivem tranquilamente com base no que acreditam.

A relação que temos com os nossos ambientes é desviada por características pessoais, como a família em que nascemos, o nosso sexo e a nossa etnia, levando às desigualdades na saúde. Uma proporção significativa da diversidade na idade avançada é devida ao impacto cumulativo dessas desigualdades de saúde ao longo da vida. As demandas advindas do aumento da expectativa de vida desafiam o poder público a repensar práticas e meios de suporte ao idoso (MONTEIRO; SILVA; VAROTO, 2017). Tais práticas devem ter a finalidade de reduzir essas desigualdades em saúde.

Os estereótipos ultrapassados e preconceito com idosos também representam um problema quando o assunto é o idoso em situação de rua. Se as pessoas mais

velhas já são frequentemente consideradas frágeis ou dependentes, além de um fardo para a sociedade, os idosos em situação de rua são ainda piores.

Com o passar dos anos, as alterações ocorridas no corpo, não somente por doenças, com certeza trazem restrições à vida dos idosos. Com o crescimento do número de idosos e suas frequentes incapacidades físicas, ocorre um aumento nos gastos financeiros para o cuidado domiciliar bem como a falta de adaptação das estruturas físicas das residências, visto o risco elevado de quedas, e ainda as crescentes taxas de violência contra a pessoa idosa, sendo fatores que levam à institucionalização de um familiar (MARINHO et.al, 2013).

Quando se olha mais profundamente o problema social do idoso em situação de rua, observam-se duas dimensões muito fortes que convivem. Uma coletiva e que conforma o imaginário popular, constituindo uma visão negativa do envelhecimento. A sociedade mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha e por isso, os mais velhos, fora do mercado de trabalho e na rua, podem ser descartados: são considerados inúteis ou peso morto. A segunda dimensão, aquela que vem da convivência com as pessoas idosas e do conhecimento de sua história considera que há idosos e idosos, distintos em suas características e em suas necessidades (MINAYO, 2017).

A fragilidade dos idosos em situação de rua é muitas vezes suficiente para separar os que envelhecem do restante da sociedade. Sua decadência os isola. Podem tornar-se menos sociáveis e seus sentimentos menos calorosos, sem que se extinga sua necessidade dos outros. Isso é o mais difícil: o isolamento social destes idosos, o esfriamento de suas relações com pessoas a quem eram afeiçoados, a separação em relação aos seres humanos em geral, tudo o que lhes dava sentido e segurança (MINAYO, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme observado no decorrer do estudo, a população idosa encontra-se em uma perspectiva de crescimento contínuo, especialmente nas grandes metrópoles brasileiras. Os censos demonstram que as condições de vulnerabilidade desse grupo associado ao empobrecimento levaram ao aumento do número de idosos em situação de rua.

É infactível pensar em um idoso em situação de rua sem refletir sobre como esta população sobrevive e como se efetua o processo do seu envelhecimento na rua. Foi possível perceber que o idoso em situação de rua atravessa o processo de transição relacionado à idade, ao ambiente e a saúde/doença de forma satisfatória e se comporta como a maioria dos idosos domiciliados.

Muitos idosos entrevistados apresentaram maior adaptação em administrar aspectos da vida em situação de rua, outros não. Dentre os que apresentaram maior adaptação, observa-se como característica específica o fato de continuar cuidando de alguma forma da sua saúde tomando regularmente seus medicamentos mesmo em situação de rua, procurando os serviços de saúde com frequência para controle de suas doenças. Alguns demonstraram que conseguiram criar uma rotina, sustentando as atividades básicas de vida diária e atividades instrumentais, tais como: dirigir-se ao albergue para dormir, manutenção da higiene corporal nos serviços disponibilizados pela Prefeitura Municipal. Poucos relataram que investem na busca por oportunidades de emprego e trabalham fazendo “bicos” como qualquer outra pessoa domiciliada.

Os que não adaptaram ao processo transicional não conseguiram manter sua rotina de higienização corporal, consomem álcool e tabaco em quantidade excessiva, não procuram os albergues para o sono noturno, dormem na rua, andam durante o dia sem destino específico, entre outras características.

Durante a pesquisa foi possível perceber outras características dos idosos em situação de rua: a maioria toma banho todos os dias nos equipamentos disponibilizados pelos centros de apoio, alimentam em restaurantes populares, tem patologias semelhantes ao que apresentam idosos domiciliados ou que vivem em

instituições de longa permanência, como hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, depressão e problemas nas articulações. Porém, um fator que os torna vulneráveis é, prioritariamente, a falta de moradia e renda.

A grande questão é a fragilidade dos seus direitos. Os mesmos não desfrutam de um local específico para higienização, para descanso, muitas vezes não são respeitados pelos próprios colegas que também se encontram em situação de rua e o pior, vivem grande dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho e não conseguem aposentadoria ou benefício social por serem idosos jovens ou por não preencherem os critérios estabelecidos pela previdência social.

A sociedade mantém e reproduz a ideia de que a pessoa vale o quanto produz e o quanto ganha e por isso, estes idosos, fora do mercado de trabalho e em situação de rua, tornam-se invisíveis.

Os enfermeiros, assim como todos os profissionais de saúde, precisam compreender as questões que envolvem o idoso em situação de rua para traçar estratégias e planos terapêuticos que se encontrem com suas necessidades. Além disso, é preciso auxiliar estes sujeitos na transição vivenciada na rua promovendo a estabilidade ao findar dos processos transicionais.

Considerando o estudo realizado, percebe-se que novos desafios estão surgindo decorrentes da transição demográfica, do aumento da longevidade, da incidência de doenças não transmissíveis e da mudança na família. O número de idosos em situação de rua cresce substancialmente e a universalização dos direitos fundamentais para esta população não acompanha este crescimento.

A diversidade e a heterogeneidade do envelhecimento na rua se articulam ao desenvolvimento de competências individuais necessárias para a sobrevivência. Muitos idosos conseguem lidar com a condição de forma positiva, outros não. Mesmo aqueles que conseguem lidar com o processo transicional com boa adaptação são alvo da não efetivação dos direitos da pessoa idosa.

Neste sentido, torna-se imprescindível que a enfermagem auxilie este idoso em seu processo transicional, mas sobretudo, compreenda a realidade e o contexto no qual este sujeito vive e oportunize a materialização de seus direitos e da sua dignidade.

Auxiliar o idoso que vive na rua a enfrentar seus processos de transição é fundamental para o cuidado, mas é preciso buscar articulação na rede de atenção à saúde e na assistência social para a promoção da saúde desse sujeito e contribuição para o alcance da sua autonomia, proteção, participação social e envelhecimento ativo.

A pesquisa apresentou limitações relacionadas aos locais onde foram realizadas as entrevistas e a segurança pessoal da pesquisadora. Com base na realização desse estudo infere-se a necessidade de novas pesquisas relacionadas ao perfil de idosos em situação de rua, a atualização dos Censos desta população e pesquisas sobre a avaliação mais ampla da saúde desses sujeitos.

REFERÊNCIAS

AUSTRALIAN HOUSING AND URBAN RESEARCH INSTITUTE. How has homelessness changed between 2011-2016? Census 2016. Last updated 27 March 2018. **AHURI Briefs**. Disponível em: <https://www.ahuri.edu.au/policy/ahuri-briefs/how-homelessness-changed-between-2011-2016>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

ALCÂNTARA, A. de O. Da política nacional do idoso ao estatuto do idoso: a difícil construção de um sistema de garantias de direitos da pessoa idosa. *In*: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO A. A.; GIACOMIN K.C. (Org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. IPEA, Rio de Janeiro: 2016. p. 537–569. ISBN 978-85-7811-290-5

ANDREOTTI, M. Raios X da capital mineira – Região Centro-Sul, onde os números dizem tudo. **Emorar**, 26/06/2012. Disponível em: <https://www.emorar.com.br/capital-mineira-regiao-centro-sul/>. Acesso em 12 de dezembro de 2019.

ARQUIDIOCESE DE BELO HORIZONTE. Pastorais – **Pastoral de rua**. Disponível em: <http://arquidiocesebh.org.br/arquidiocese/atuacao/pastorais/pastoral-de-rua/>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos. Rio de Janeiro, ABNT, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 15287**: Informação e documentação: projeto de pesquisa. Rio de Janeiro, ABNT, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 15287**: Informação e documentação: referências. Rio de Janeiro, ABNT, 2018.

AYRES J.R.; CASTELLANOS, M.E.P.; BAPTISTA, T.W.de F. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.27, n.1, jan./mar. 2018.

BALTAR, P.E. de A.; SOUEN, J.A.; CAMPOS, G.C. de S. **Emprego e distribuição da renda. Texto para discussão**. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, n. 298, maio de 2017. ISSN 0103-9466.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p.

BELO HORIZONTE. Relatório do 3º Censo de População de Rua de Belo Horizonte, Belo Horizonte, MG: Câmara Municipal, [2014].

BELO HORIZONTE. **Abordagem garante direitos às pessoas em situação de rua**. Belo Horizonte, MG: Prefeitura Municipal. Atualizado em 05/01/2018. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/abordagem-garante-direitos-pessoas-em-situacao-de-rua>. Acesso em: 23 de fevereiro de 2020.

BELO HORIZONTE. **População de Rua. Informações assistência social**. Belo Horizonte, MG: Prefeitura Municipal. Atualizado em 21/08/2018. Disponível em:

<https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/assistencia-social/informacoes/populacao-de-rua>. Acesso em: 09 de setembro de 2018.

BELO HORIZONTE. **Consultório de Rua discute cuidados com usuários de álcool e drogas**. Belo Horizonte, MG: Prefeitura Municipal. Atualizado em 01/12/2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/noticias/consultorio-de-rua-discute-cuidados-com-usuarios-de-alcool-e-drogas>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

BELO HORIZONTE. **Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania**. Centro Pop Adulto. Belo Horizonte, MG: Prefeitura Municipal. Atualizado em 06/01/2020. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/assistencia-social/equipamentos/centro-pop-adulto>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

BERTOLUCCI, P.H.F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]**. 1994, v. 52, n. 1, p.01-07. ISSN 0004-282X.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 131, n.233, p. 18769, 08 dez. 1993.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 132, n. 3, p. 77, 04 jan. 1994.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 134, n. 128, p. 12277, 04 jul. 1996.

BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei no. 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 140, n.192, p. 1, 03 out. 2003.

BRASIL. Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 143, n.1, p. 1, 02 jan. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 19 out. 2006.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Assunto: Departamento de Atenção Básica.

BRASIL. Decreto Presidencial de 25 de outubro de 2006. 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, conforme disposto na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 144, p. 4, 26 out. 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **I Encontro Nacional sobre População em Situação de Rua**: relatório. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Assistência Social, 96 p., 2006.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 24 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Assunto: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro Pop SUAS e População em Situação de Rua**. Gráfica e Editora Brasil LTDA, v.3, Brasília, DF, 2011. Assunto: Secretaria Nacional de Renda e Cidadania e Secretaria Nacional de Assistência Social.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea. Queixas mais comuns na Atenção Básica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012, 390p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 150, n. 12, jun. 2013. Seção 1. 59 p.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Estimativa da população em situação de rua no Brasil. Texto para discussão**. Brasília, DF: Ipea, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 510 de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre a ética na pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Em situação de rua. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Atualizado em 29 de agosto de 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/869-politicas-de-igualdade-em-saude/41381-em-situacao-de-rua>. Acesso em 20 de maio de 2020.

BRASIL. Decreto nº 9.893, de 27 de junho de 2019. Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 162, n. 123, 28 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Cidadania. **Relatórios de Informações Sociais**. RI Bolsa família e Cadastro Único. Consulta sistema 10/05/2020. Disponível em <<https://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Rlv3/geral>>. Acesso em 10 de maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. **Política Nacional para a População em Situação de Rua**. [s.d]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/politica-nacional-para-a-populacao-em-situacao-de-rua>. Acesso em 20 de maio de 2020.

BRIDGES, W. **Managing transitions: making the most of change**. New York: Da Capo Press; 1991. ISBN 0738211397.

BRUCKI, S.M.D. *et al.* Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

CALEGARI, R.C.; MASSAROLLO, M.C.K.B.; SANTOS, M.J. Humanização da assistência à saúde na percepção de enfermeiros e médicos de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP (online)**, São Paulo, v. 49, n.spe. 2, p. 42-47, dez. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/1980-220X-reeusp-49-spe2-0042.pdf>. DOI: 10.1590/S0080-623420150000800006.

CAMARGO, F.C. *et al.* Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 4, p. 2030-2038, 2018.

CENTRAL INTELLIGENCE AGENCY. **The World Factbook**. Washington, DC. Last updated on may 20, 2020. Disponível em: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ks.html>. Acesso em: 23 de maio de 2020.

CHILE. División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **Boletín Envejecimiento y Desarrollo**, Santiago de Chile, n. 13, 2016.

CHAMMAS, M.C. Poema: a Rua. Blog **Vida na Rua da Universidade Federal de São Carlos**. [s.l.]. Disponível em: <http://minhacasaminharua.blogspot.com/2011/11/poema-rua.html>. Acesso em: 22 de fevereiro de 2020.

CHANDRAN, R. **Manila's homeless set to move into more empty homes if official handover delayed**. Londres: Thomson Reuters, March 28, 2018. Disponível em: <https://www.reuters.com/article/us-philippines-landrights-lawmaking/manilas-homeless-set-to-move-into-more-empty-homes-if-official-handover-delayed-idUSKBN1H41L7>. Acesso em: 20 de maio de 2020.

COSTA, L.G.F. Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. **Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 15, n. 3, 2016.

CRUZ, R.; BELTRAME, V.; DALLACOSTA, F.M. Envelhecimento e vulnerabilidade: uma análise de 1.062 idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 180–212, 2019.

DONG, X.Q. Elder Abuse: Systematic Review and Implications for Practice. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 63, n. 6, p. 1214-1238, 2015.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. *In*: DUARTE, J.; BARROS, A. (Orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2008. p. 62-83.

FALEIROS, V.P. A política nacional do idoso em questão: passos e impasses na efetivação da cidadania. *In*: ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO A.A.; GIACOMIN K.C. (Org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. IPEA, Rio de Janeiro: 2016. p. 537–569. ISBN 978-85-7811-290-5

JIANGLAN, Y.; JIE, W. **Análise da dinâmica demográfica da china. Jovens universitários em um mundo em transformação**. Repositório IPEA, p. 79 - 94, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9060/1/An%c3%a1lise%20da%20din%c3%a2mica.pdf>. DOI: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9060>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

FERAL-PIERSSSENS, A. L. *et al.* Emergency Care for Homeless Patients: A French Multicenter Cohort Study. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v.106, n. 5, May 2016.

FERREIRA, E. D. **Idosos em situação de rua: a ineficácia dos direitos humanos e das garantias constitucionais e infraconstitucionais ante a insuficiência de políticas públicas no Brasil**, 2018. Monografia de Conclusão de Curso (graduação em Direito). Faculdade Três Pontas, Três Pontas, Minas Gerais, 2018.

FIGLIUOLI, L. *et al.* **Growing Pains: Is Latin American Prepared for Population Aging?** International Monetary Found, Departmental Paper No. 18/05, April 5, 2018.

FOCH, G.F. de L.; SILVA, A.M.B.; ENUMO, S.R.F.E. *Coping* religioso/espiritual: uma revisão sistemática de literatura (2003-2013). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, 2017.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric Research**, Amsterdã, v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FRANCO, M.L.P.B. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Brasília: Liber Livro, 2008.

FREITAS, F. Q. **Fatores associados à fragilidade em idosos no contexto da atenção primária**. 2018. 167 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2018.

FREIRE, R.de M.H.; JUNIOR, N.C. Produção científica sobre habitação para idosos autônomos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 717-726, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170065>. Acesso em: 18 de maio de 2020. DOI 10.1590/1981-22562017020.170065.

FRIAS; M.A. da; PERES, H.H.C.; PEREIRA, V.A.G.; NEGREIROS, M.C. de; PARANHOS, W.Y.; LEITE, M.M.J. Idosos em situação de rua ou vulnerabilidade social: facilidades e dificuldades no uso de ferramentas computacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 67, n. 5, p. 766-72, 2014.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. Economia: **Pesquisa estima que 101.854 pessoas vivem em situação de rua no Brasil**. Última atualização em 30/05/2017. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/2017/05/30/pesquisa-estima-que-101-pessoas-vivem-em-situacao-de-rua-no-brasil/>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

GACHET, S. **Entrevista sobre Invisibilidade Social**. Discutir Educação. 24 de junho de 2007. Disponível em: <http://discutireducacao.blogspot.com/2007/06/entrevista-samuel-gachet.html>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2020.

GAETZ, S. *et al.* **The State of Homelessness in Canada 2016**. Canada: Canadian Observatory on Homelessness Press, 2016. 86p. ISBN: 978-1-77221-057-6

GEERTZ, C. **The interpretation of cultures**. Londres: Fontana Press, 1993. ISBN 0465097197.

GONÇALVES, V. O envelhecimento em situação de rua: Breve estudo sobre a população idosa usuária do Centro de Acolhida Complexo Prates. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, n. 47, Ano VI, dez./jan./fev., 2015.

GRAEFF, L. Corpos precários, desrespeito e autoestima: o caso de moradores de rua de paris-fr. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 757-775, 2012.

GUTIERREZ, B.A.O. *et al.* Reflexões bioéticas sobre o processo de envelhecimento e o idoso morador de rua. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 187-205, 2009.

HABITAT FOR HUMANITY INTERNATIONAL. **The housing need in Brazil**. Last update in 2017. Disponível em: https://www.habitat.org/sites/default/files/documents/ENG_Brazil_AF19.pdf. Acesso em: 22 de maio de 2020.

IMAGINÁRIO, C. *et al.* Associação entre estado cognitivo e autoestima global em idosos institucionalizados: será a condição de saúde um mediador? **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 471-478, 2018.

INTERNATIONAL MONETARY FUND. **Departmental paper series** (International Monetary Fund. Western Hemisphere Department) Description: Washington, DC: International Monetary Fund, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades. Belo Horizonte.** Censo demográfico 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>. Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Agência de Notícias. **Revista Retratos. Idosos indicam caminhos para uma melhor idade.** 19/03/2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/24036-idosos-indicam-caminhos-para-uma-melhor-idade>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estatísticas Sociais. Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017.** Última Atualização: 01/10/2018. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA - IPEA. Marco Antônio Carvalho Natalino (org.). **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil.** (Texto para discussão). Brasília, 2016.

IOM UN MIGRATION. **Venezuelan Outflow Continues Unabated, Population Abroad Now Stands at 3.4 Million.** Posted: 02/22/19. Disponível em: <https://www.iom.int/news/venezuelan-outflow-continues-unabated-population-abroad-now-stands-34-million>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

JESUS, I.; ORLANDI, A.A. dos S.; GRAZZIANO, E. da S.; ZAZZETTA, M.S. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. **Acta Paulista de Enfermagem. [online]**, v. 30, n. 6, p. 614-620, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000600614&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 22 de maio de 2020. DOI 10.1590/1982-0194201700088.

KALACHE, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, jul./ago., 2008.

LEBARON, C. *et al.* An introduction to video methods in organizational research. **Organizational Research Methods**, v. 21, n. 2, p. 239-260, 2018.

LEE, C.T. *et al.* Residential patterns in older homeless adults: Results of a cluster analysis. **Soc. Sci. Med.**, United States, v. 153, p. 131-140, mar. 2016.

LEITE, M.M. **Abordagem holística na formação de enfermeiras.** 2019. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Faculdade de Ciências Médicas e da saúde, Sorocaba, São Paulo, 2019.

LEONEL, F. **Moradores de rua invisíveis aos olhos da sociedade.** Histórias de Vida, Circuito Mato Grosso, 2017. Disponível em: <http://circuitomt.com.br/editorias/cidades/101707-invisaveis-aos-olhos-da-sociedade.html>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2020.

LIBERALESSO, T.; DALLAZEN, F.; BANDEIRA, V.; BERLEZI, E.M. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 553-562, 2017

LINO, V.T.S. *et al.* Prevalência e fatores associados ao abuso de cuidadores contra idosos dependentes: a face oculta da violência familiar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 87-96, 2019.

LIU, F.; MAITLIS, S. Non-participant observation. *In*: MILLS, A.; DUREPOS, G.; WIEBE, E., (eds). **Sage Encyclopedia of case study research**. Los Angeles: Sage Publications Ltd, 2010.

LUCHETTI, A.L.G. *et al.* Experiencing Aging or Demystifying Myths? - Impact of Different "Geriatrics and Gerontology" Teaching Strategies in First Year Medical Students. **BMC Medical Education**, v. 37, n. 35, p. 17–35, 2017. Disponível em: <https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-017-0872-9>. Acesso em: 22 de maio de 2020. DOI: 10.1186/s12909-017-0872-9.

MATTOS, C.M.Z. *et al.* Violência estrutural no modo e nas condições de vida de pessoas idosas em situação de rua. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 21, n.4, p. 233-257, 2018.

MACK, N. *et al.* **Qualitative research methods: a data collector's field guide**. North Carolina: Family Health International, USA, 2005. 120p. ISBN: 0-939704-98-6.

MARIETTO, M.L.; MACCARI, E. Estudos da Estratégia como Prática na perspectiva estruturacionista: exemplo de contribuição metodológica. **Iberoamerican Journal of Strategic Management (IJSM)**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 90-107, 2015.

MARINHO, L.M. *et al.* Grau de Dependência dos Idosos residentes em Instituições de Longa Permanência em Montes Claros, MG. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, mar. 2013.

MATHERS, C.D. *et al.* Causes of international increases in older age life expectancy. **Lancet**, v. 385, n. 7, p. 540-548, 2015.

MATTOS, C.M.Z. *et al.* O envelhecimento das pessoas idosas que vivem em situação de rua na cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 205-224, 2016.

MELEIS, A.I. Role insufficiency and role supplementation: a conceptual framework. **Nursing Research**, v. 24, p. 264-271, 1975.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: development and progress**. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 1991.

MELEIS, A.I. *et al.* Experiencing transitions: an emerging middle range theory. **Advances In.: Nursing Science**, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000.

MELEIS, A.I. Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories *In*: SMITH, M.C.; PARKER, M.E. **Nursing theories & nursing practice**. New York: Springer; 2010.

MELEIS, A.I. Transitions theory. *In*: SMITH, M.C.; PARKER, M.E. **Nursing theories & nursing practice**. 4 ed, p. 361-380. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company, 2015.

MELO, R. Resenha de vozes do Bolsa Família: Autonomia, dinheiro e cidadania, de Walquiria Leão Rego e Alessandro Pinzani. **Cadernos de Filosofia Alemã**, v. 19, n. 1, p. 213-221, 2014.

MINAS GERAIS. **Pessoas em situação de rua e o olhar da saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2019. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/componente/gmg/story/2120-pessoas-em-situacao-de-rua-e-o-olhar-da-saude>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2020.

MINAS GERAIS. **As principais doenças que afetam a população em Situação de Rua**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública, 2020. Disponível em: https://app.ex.co/stories/martiellia10/as-5-principais-doen-as-que-afetam-a-popula-o-em-situa-o-de-rua?fbclid=IwAR0VDw3Cy_hYfPLYOsqkJXnlDJUCdfu9ab13lIC8m6k4qTJO9tRBY1HypEE. Acesso em: 26 de fevereiro de 2020.

MINAYO, M.C.de S. **Violência contra idosos O avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. 2ª ed. Manual 4, 2017. Assunto: Observatório Nacional do Idoso.

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

MOFFITT, T.E. *et al.* The Longitudinal Study of Aging in Human Young Adults: Knowledge Gaps and Research Agenda. **The Journals of Gerontology, Series A Biological Sciences**, v. 72, n. 2, p. 210-215, 2016.

MONTEIRO, L.C.A. **Políticas públicas habitacionais para idosos: um estudo sobre os condomínios exclusivos**. 2012. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências Exatas e da Terra) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, 2012.

MONTEIRO, L.C.A; SILVA, N.M.; VAROTO, V.A.G. Longevidade e cidade: do dano urbanístico à garantia do direito à moradia adequada para idosos de baixa renda. **Revista Brasileira de Políticas Públicas (online)**. Brasília, v. 7, n. 2, p. 168-186, 2017.

MORAES, E. As fragilidades do idoso e o limite de atendimento na Política de Assistência Social no Município de São Paulo. **Revista Longeviver**, São Paulo, Ano I, n. 2, abr/maio/jun, 2019.

NAZARIO, M.P.S. *et al.* Déficit Cognitivo em Idosos Hospitalizados Segundo Mini Exame do Estado Mental (MEEM): Revisão Narrativa. **Journal of the Health Science**, v. 20, n. 2, p. 131-134, 2018.

NOBRE, M. T. *et. al.* Narrativas de modos de vida na rua: histórias e percursos. **Revista Psicologia e Sociedade**, Natal/RN, v. 30, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30175636>.

NONATO, D. do N.; RAIOL, R.W. G. Invisíveis sociais: a negação do direito à cidade à população em situação de rua. **Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 81-101, jul/dez 2016.

NUNES, V. M. de A. *et. al.* COVID-19 e o cuidado de idosos: recomendações para Instituições de Longa Permanência. **EDUFRN**, Natal/ RN, 66 p., 2020.

OCHA. United Nations Secretariat. **Cameroon: North-West and South-West Crisis Situation**. Cameroon, report, n. 3, january 2019.

OECD. Social Policy Division - Directorate of Employment, Labour and Social Affairs. HC3.1 HOMELESS POPULATION. **Affordable Housing Database**. France, 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Envelhecimento e Saúde**, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820. Acesso em: 26 de fevereiro de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **A ONU e as pessoas idosas**. Madrid, [s.n.]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS BRASIL. **Países dos BRICS terão 940 milhões de idosos até 2050**. Atualizado em 02/02/2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/paises-dos-brics-terao-940-milhoes-de-idosos-ate-2050/>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

PAGOTTO, V.; BACHION, M.M.; SILVEIRA, E.A. da. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 33, n. 4, 2013.

PINHEIRO, O.D.S.; AREOSA, S.V.C. A importância de políticas públicas para idosos. **Revista Brasileira de Assuntos Regionais e Urbanos**, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 183-193, 2018.

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa qualitativa. *In*: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, Cap.1, p. 11-21, 2009.

QUEIROZ, D.T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, 2007.

REUTERS. **Peru poverty rate rises for first time in 16 years: government.** World News, April, 2018. Disponível em: <https://www.reuters.com/article/us-peru-poverty/peru-poverty-rate-rises-for-first-time-in-16-years-government-idUSKBN1HV2L2>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

REY, D. **Homelessness rises in Argentina's capital amid crisis.** AP NEWS, march 29, 2019. Disponível em: <https://apnews.com/acaae15e2133488aa41c8bef7a1f6147>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

RIO TIMES. **Rio's Homeless Population Increases 150% in Three Years.** Last update June 5, 2017. Disponível em: <https://riotimesonline.com/brazil-news/rio-politics/rios-homeless-population-increases-150-in-three-years/>. Acesso em: 22 de maio de 2020.

ROSA, A.S.; CAVICCHIOLI, M.G.S.; BRÊTAS, A.C.P. O processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 576-852, 2005.

SANTOS, M.A.F. dos. **O processo de metamorfose da mulher acima dos trinta e cinco anos em mãe - uma teoria específica da situação.** 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Portugal, 2018.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 3, jul-set 2016.

SANTOS, C.L. S. *et al.* Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.72, n.2, 2019.

SCHUMACHER, K.L. Family caregiver role acquisition: role-making through situated interaction. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice**, v. 9, n. 3, p. 211-229, 1995.

SCHUMACHER, K.L.; JONES, P.S.; MELEIS, A.I. Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. *In*: SWANSON, E.A.; TRIPP-REIMER, T. **Life Transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals.** New York: Springer; 1999. p. 1-26.

SILVA, H.S. da; GUTIERREZ, B.A.O. Dimensões da Qualidade de Vida de Idosos Moradores de Rua do Município de São Paulo. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 148-159, 2013.

SILVA, M R F. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016.

SILVA, C.M.; NOVAIS, M.S.S.; SANTOS, A.L.B dos. A reinserção do idoso no mercado de trabalho. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 4, n. 2, 2017.

SILVA, C. R. *et al.* Viver com uma ileostomia: um estudo de caso sobre o processo de transição. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Série IV, n. 14, jul./ago./set. 2017.

SILVA, M.C.M. da; ALMEIDA, A.M.; CASTRO, E.A.B de. Idosos cuidando de idosos: a espiritualidade como alívio das tensões. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 5, set./out. 2018.

SILVA, RA. *et al.* Cidadania, direitos humanos, religião e políticas públicas: revisão sistemática e tecnométrica sob a ótica da invisibilidade social. **Revista Humanidades e Inovação**, Palmas, v. 6, n. 18, 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso: carta aberta a população**, 2014. Disponível em: <https://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA (SBGG). **OMS divulga metas para 2019, desafios impactam a vida de idosos**. 2019. Disponível em: <https://sbgg.org.br/oms-divulga-metas-para-2019-desafios-impactam-a-vida-de-idosos/>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2020.

SORRELL, J.M. Aging on the Street: Homeless Older Adults in America. **J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.**, USA, v. 54, n. 9, p. 25 – 29, set 2016.

SOUZA, H. *et al.* Perfil do estilo de vida de longevos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 819-826, 2016.

SOUZA, C.L. *et al.* Envelhecimento, sexualidade e cuidados de enfermagem: o olhar da mulher idosa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 2, 2019.

THOMÉ, M.T. O idoso na sociedade contemporânea. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 5, n. 8, p. 11440-11453, 2019. DOI: 10.34117/bjdv5n8-021.

TIMES OF ISRAEL. **25.000 people said homeless in Israel: social services treat under 10% of them**. Last update 15 January 2018. Disponível em: <https://www.timesofisrael.com/social-services-treating-under-10-of-the-25000-said-to-be-homeless-in-israel/>. Acesso em: 23 de maio de 2020.

TOMÁS, J. de S.P.A invisibilidade social, uma perspectiva fenomenológica. *In*: VI Congresso Português de Sociologia. **Mundos sociais, saberes e práticas**, 2008. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4561886>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2018.

UNITED NATIONS. Department of Economic and Social Affairs, **Population Division**. **World population prospects: the 2015 revision, key findings and advance tables**. Working Paper ESA/P/WP 241. 2015.

UNICEF. **Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas** (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. **Manual para normalização de trabalhos acadêmicos: monografias de graduação, monografias de especialização, dissertações, teses e artigos.** Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Belo Horizonte, 2019.

UNITED STATES OF AMERICA. National Law Center on Homelessness e Poverty. **The Growth of America's Homeless Encampments and How Communities are Responding. Board of directors,** Washington: 2017.

VAICAVA, F. *et al.* Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2745-2760, 2019.

VALADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, p. 153-155, 2007.

VIEIRA, F.G.D. Ensino de Marketing por meio da entrevista semi-estruturada. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 17, n. 195, ago. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on Ageing and Health.** Library Cataloguing-in-Publication. Geneva, 260p, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ageing and life course.** Genebra, February, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/>. Acesso em: 08 de fevereiro de 2020.

YONGJIE, Y. *et al.* Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta- analysis. **The Lancet Global Health**. v. 5, n. 2, p. 147-156, 2017.

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Sr (a).

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**Percepção de idosos em situação de rua sobre o processo de envelhecimento**” que apresentou Parecer deferido pelo Departamento da Enfermagem Básica da Escola de enfermagem da UFMG (52/2018 – ENB). Pedimos a sua autorização para a coleta e utilização de informações acerca do assunto descrito.

Atividades

Entrevista com a finalidade de compreender a percepção do idoso em situação de rua acerca do processo de envelhecimento no contexto da rua.

Observação e gravação em aparelho de MP3 dos relatos. Teremos um processo sistemático de observação, gravação, detalhamento, descrição, documentação e análise com vistas à coleta de dados e alcance dos objetivos.

Objetivos da pesquisa

Geral: Compreender a percepção do idoso em situação de rua acerca do processo de envelhecimento.

Específicos: Caracterizar os idosos em situação de rua quanto aos perfis socioeconômico, demográfico e epidemiológico; Desvelar como os idosos se adaptam ao processo de transição relacionado ao ciclo vital; Identificar como o idoso enfrenta as transições relacionadas ao ambiente e a sociedade.

Participação no trabalho

A sua participação é totalmente voluntária. Caso decida interromper durante a entrevista, não haverá qualquer prejuízo para o senhor (a).

Procedimentos

O senhor (a) precisará responder algumas perguntas que serão feitas e gravadas pela pesquisadora. É necessário que saiba que senhor (a) será observado no momento em que a pesquisadora estiver participando das atividades que o senhor realiza e essa observação será registrada no relatório do trabalho que está sendo realizado. Os dados obtidos serão analisados segundo a Análise de Narrativa proposta pelos pesquisadores Labov e Waletzky, em 1967.

Rubrica do pesquisador: _____

Confidencialidade

Os dados de identificação neste termo de consentimento serão usados apenas para fazer contato posteriormente, caso haja dúvidas de ambas as partes ou erros da pesquisadora no preenchimento do formulário. Não será identificado no formulário o nome ou endereço de quem está sendo entrevistado, de forma a manter o sigilo dos seus dados. Serão usados nomes fictícios para manter o anonimato. A utilização dos resultados do estudo será divulgada em dissertação de Mestrado e eventos científicos, congressos e na SMSA/BH. Reiterando, sua identidade será mantida em sigilo em qualquer das situações.

Riscos e desconfortos

Entre os riscos que poderão acontecer estão: o constrangimento do senhor (a) durante a entrevista e a gravação. Além disso, pode haver riscos psicológicos, os quais envolvem modificação nas emoções, stress, culpa, perda da autoestima, estresse emocional relacionado a experiências com doença e morte. Caso manifeste-se cansado (a) ou incapaz de responder, a entrevista será interrompida imediatamente e será agendado um novo encontro para sua finalização, caso seja de seu interesse.

É relevante saber que entre as medidas a serem tomadas para mitigar os riscos da pesquisa estão: a cessação imediata dos questionamentos acerca do trabalho; o apoio psicológico informal e caso o(a) senhor(a) julgue necessário, a solicitação da presença ou encaminhamento a um profissional que melhor atenda as demandas emocionais geradas pela pesquisa. As perguntas serão feitas da forma mais adequada e humanizada possível para evitar desconfortos ao senhor(a).

O senhor (a) poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros. Terá a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar desse estudo se assim o desejar, sem penalização alguma. E o material já coletado em entrevista, observações realizadas serão destruídos. Ressaltamos que para participar deste estudo o senhor (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o senhor (a) tem assegurado o direito à indenização. A sua participação é voluntária, e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o senhor (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Benefícios

A pesquisa contribuirá para ampliação de conhecimento acerca da temática, benefícios indiretos provenientes da sua participação na pesquisa, ainda que o senhor (a) não receba a intervenção experimental, além disso, espera-se que a pesquisa contribua para a discussão de políticas públicas na área da saúde, da assistência social, segurança nutricional para atender a população de rua, especialmente idosos. A mesma será direcionada ao Conselho Municipal do Idoso para busca de recursos públicos que possam contribuir para melhorar o contexto de ações direcionadas aos idosos e ampliará a possibilidade da aquisição de benefícios direcionados à sociedade, afinal, só se pode intervir em algo que se conhece.

Rubrica do pesquisador: _____

Contato para mais informações relacionadas ao trabalho

Caso o(a) senhor(a) precise esclarecer qualquer dúvida sobre o trabalho, por favor entre em contato com:

- Aline Figueiredo Camargo (pesquisadora responsável).
Telefone: (31) 98839-1471 - aline_camargobh@hotmail.com
- Prof^a. Dr^a. Sônia Maria Soares (Orientadora)
Telefone: (31) 3409-9855 - smsoares.bhz@terra.com.br

Em caso de esclarecimentos acerca da ética do trabalho, o(a) senhor(a) deverá entrar em contato com:

- COEP - Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG
Telefone: (31) 3409-4592 - coep@prpq.ufmg.br
- CEP - Comitê de Ética em Pesquisa/SMSA
Telefone: (31) 3277-5309 – pesquisasuas@pbh.gov.br

Consentimento

Declaro que li e entendi as informações acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu recebi uma cópia deste formulário de consentimento assinado, para guardar.

Assinatura do participante do estudo	<input type="text"/>	Data: _____/_____/_____
<small>Caso o participante não assine, insira sua data</small>		
Nome completo e legível do participante do estudo		

Endereço ou telefone de contato: _____ (falar com: _____)		
Assinatura do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento		

Nome completo e legível do pesquisador que conduziu a discussão do consentimento		

Rubrica do pesquisador: _____

APÊNDICE II – FORMULÁRIO PARA REGISTRO DA OBSERVAÇÃO NÃO PARTICIPANTE

OBSERVAÇÃO

Observador: _____

Data: ____/____/____ Início (horário): _____ Término (horário): _____

1. Identificação dos idosos

Local onde estavam: _____

Gestor local (no caso do Centro POP): _____

2. Caracterização do grupo observado:

Total de idosos: _____ Mulheres: _____ Homens: _____

Média da idade: _____

3. Observação sistematizada:

Atividades realizadas no momento da observação: _____

Interação com demais pessoas em situação de rua: _____

Interação com a observadora: _____

Diálogos mais significativos: _____

Relações estabelecidas entre o grupo de idosos (símbolos, signos e discursos que demarcam lugares e competências de fala): _____

4. Impressões da observadora:

APÊNDICE III - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ENTREVISTA n°: _____

**PARTE 1: CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA E
EPIDEMIOLÓGICA**

1. NOME: _____

2. SEXO () F () M

3. IDADE: _____

4. RELIGIÃO: _____

5. ESCOLARIDADE

() analfabeto

() ensino fundamental completo

() ensino fundamental incompleto

() ensino médio completo

() ensino médio incompleto

() ensino superior

() pós- graduação

4. TEMPO EM SITUAÇÃO DE RUA: _____

5. MOTIVO PELA VIVÊNCIA NA RUA

() conflito, desapoio, ou dificuldades materiais na vivência familiar;

() conflito com traficantes na comunidade;

() abuso de substâncias psicoativas;

() ausência de emprego e renda;

() ausência de moradia;

() querer ir morar na rua;

() outro. _____

6. UTILIZA ALGUM SERVIÇO DESTINADO A PSR COMO ALBERGUE, ABRIGO, REPÚBLICA, CENTRO POP OU OUTROS?

() não () sim, qual (is)? _____

7. POSSUI RENDA FIXA?

() não, sobrevive de doações. () sim, qual? _____

8. TEM ALGUMA DOENÇA? () não () sim, qual? _____

8. FAZ USO DE MEDICAMENTO (S)? () não () sim, qual (is)? _____

9. JÁ FOI HOSPITALIZADO (A) APÓS ESTAR EM SITUAÇÃO DE RUA?

() não () sim, por qual motivo? _____

10. O SENHOR (A) DESEJA SAIR DA RUA? () não () sim.

PARTE 2: PROCESSO DE TRANSIÇÃO RELACIONADO AO ENVELHECIMENTO

1. Conte-me como o senhor (a) consegue enfrentar as mudanças geradas pelo envelhecimento na rua.

2. O senhor (a) prefere ficar sozinho (a) ou prefere estar com outras pessoas que também se encontram em situação de rua?

PARTE 3: TRANSIÇÕES RELACIONADAS AO AMBIENTE E A SOCIEDADE

1. Conte-me como foi sua adaptação ao ambiente da rua quando o senhor veio morar aqui.

2. Se tiver renda fixa, como faz para manejar o dinheiro que recebe mensalmente?

4. Fale-me como o (a) senhor (a) acha que as pessoas te veem neste contexto?

ANEXO I – TERMO DE ADESÃO AO SERVIÇO VOLUNTÁRIO DA ARQUIDIOCESE DE BELO HORIZONTE

 VICARIATO EPISCOPAL PARA A
AÇÃO SOCIAL E POLÍTICA

 ARQUIDIOCESE
DE BELO HORIZONTE

TERMO DE ADESÃO AO SERVIÇO VOLUNTÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

VICARIATO EPISCOPAL PARA AÇÃO SOCIAL E POLÍTICA
CNPJ: 17.508.289/0210-80
RUA ALEM PARANA, 208 - BAIRRO LAQUINHA - BELO HORIZONTE - MG

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA VOLUNTÁRIA

Nome: Laura Figueiredo Corrêa CPF: _____
R.G.: _____

OBJETO

O objeto do presente Termo é a Adesão ao Serviço Voluntário, para a seguinte finalidade:
Local: Vicariato Episcopal para Ação Social e Política

Projeto/Programa: Paróias de Rua

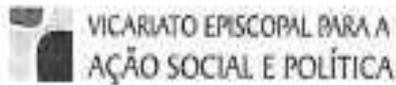
Descrição de atividade: Atuação de rua com serviços especializados da pastoral

Período: agosto / 2018 Fim: Indeterminado

CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO: Gratuitamente e de acordo com a disponibilidade e aptidão.

LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Lei Nº 9.600, de 18 de fevereiro de 1998, artigo transcrita.



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

O (a) voluntário (a) declara, neste ato, conhecer as normas legais que regem o serviço voluntário.

Belo Horizonte, 30 de agosto de 2018.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
PADRE JULIO CESAR GONCALVES AMARAL

Testemunhas

[Handwritten signature]
Nome: [Handwritten]
CPF: [Handwritten]

[Handwritten signature]
Nome: [Handwritten]
CPF: [Handwritten]

LEI Nº 9.600, de 18 de fevereiro de 1998.

Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, tendo visto que o Congresso Nacional decretou e eu sancionei a seguinte Lei:

Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para fins desta Lei, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

Parágrafo único. O serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza tributária por parte do prestador.

Art. 2º O serviço voluntário será exercido mediante a celebração de termo de adesão entre a entidade, pública ou privada, e o prestador do serviço voluntário, dele devendo constar o objeto e as condições de seu exercício.

Art. 3º O prestador de serviço voluntário poderá ser ressarcido pelas despesas que comprovadamente realizar no desempenho das atividades voluntárias.

Parágrafo único. As despesas a serem ressarcidas deverão estar expressamente autorizadas pela entidade a que for prestado o serviço voluntário.

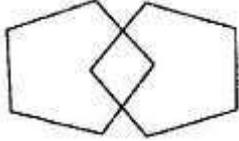
Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 18 de fevereiro de 1998. 177ª da Independência e 119ª da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

ANEXO II - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM)

<p>1. Orientação espacial (0-5 pontos): Em que dia estamos?</p> <p><input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Semestre</p> <p><input type="checkbox"/> Mês <input type="checkbox"/> Dia</p> <p><input type="checkbox"/> Dia da Semana</p>	<p>7. Linguagem (1 ponto): Solicite ao entrevistado que repita a frase:</p> <p><input type="checkbox"/> NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ</p>
<p>2. Orientação espacial (0-5 pontos): Onde Estamos?</p> <p><input type="checkbox"/> Estado <input type="checkbox"/> Cidade</p> <p><input type="checkbox"/> Bairro <input type="checkbox"/> Rua</p> <p><input type="checkbox"/> Local</p>	<p>8. Linguagem (0-3 pontos): Siga <u>uma</u> ordem de 3 estágios:</p> <p><input type="checkbox"/> Pegue esse papel com a mão direita.</p> <p>Dobre-o no meio.</p> <p>Coloque-o no chão</p>
<p>3. Repita as palavras (0-3 pontos):</p> <p><input type="checkbox"/> Caneca <input type="checkbox"/> Tijolo <input type="checkbox"/> Tapete</p>	<p>9. Linguagem (1 ponto):</p> <p><input type="checkbox"/> Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.</p>
<p>4. Cálculo (0-5 pontos): O senhor faz cálculos?</p> <p>Sim (vá para a pergunta 4a). Não (vá para a pergunta 4b)</p> <p>4a. Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 93 2. <input type="checkbox"/> 86 3. <input type="checkbox"/> 79 4. <input type="checkbox"/> 72 5. <input type="checkbox"/> 65</p> <p>4b. Soletre a palavra MUNDO de trás pra frente</p> <p><input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> M</p>	<p>10. Linguagem (1 ponto):</p> <p><input type="checkbox"/> Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.</p>
<p>5. Memorização (0-3 pontos): Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.</p> <p><input type="checkbox"/> Caneca <input type="checkbox"/> Tijolo <input type="checkbox"/> Tapete</p>	<p>11. Linguagem (1 ponto):</p> <p><input type="checkbox"/> Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.</p> 
<p>6. Linguagem (0-2 pontos): Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado para nomeá-los.</p> <p><input type="checkbox"/> Relógio <input type="checkbox"/> Caneta</p>	

Fonte: Brasil, 2006.

ANEXO III – PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM BÁSICA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Prof. Alfredo Balena, 190 - Bairro Santa Efigênia
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais - Brasil



PARECER Nº. 52/2018 - ENB

INTERESSADA: Profa. Dra. Sônia Maria Soares

RELATORA: Prof. Dra. Salete Maria de F. Silqueira Müller

HISTÓRICO:

Recebi em 03 de Dezembro de 2018, do Senhor Secretário do Departamento de Enfermagem Básica Escola de Enfermagem, Adalberto Simeão de Oliveira, a proposta de Projeto de Pesquisa da Prof. Sônia Maria Soares intitulado: “Percepção de Idosos em Situação de Rua sobre o Processo de Envelhecimento”.

MÉRITO:

O referido Projeto será desenvolvido pela mestranda Aline Figueiredo Camargo. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, cujo objetivo geral é Compreender a percepção do idoso em situação de rua acerca do processo de envelhecimento e objetivos específicos: caracterizar os idosos em situação de rua quanto aos perfis socioeconômico, demográfico e epidemiológico; desvelar como os idosos se adaptam ao processo de transição relacionado ao ciclo vital; identificar como o idoso enfrenta as transições relacionadas ao ambiente e a sociedade. O estudo será realizado no Centro de Referência da População em Situação de Rua – Belo Horizonte-MG. O local é referência para esta população, onde são realizados atendimentos individuais e coletivos, além de estudos de caso, encaminhamentos a serviços e projetos socioassistenciais e de demais políticas públicas. A forma de acesso é a partir de demanda espontânea ou encaminhamentos do Serviço de Abordagem Social, com horário de funcionamento de segunda a sexta-feira, das 9 h às 17 horas. A população de estudo será constituída por todos os indivíduos com mais de 60 anos que vivem em situação de rua a mais de um ano na regional centro sul do município de Belo Horizonte, neste caso a população será escolhida por meio formal e composta por todos os idosos que atendem os critérios previamente estabelecidos. Além disso, será delimitada por conveniência, de acordo com a acessibilidade ao público alvo. A escolha da amostragem qualitativa se dará com base no referencial de cunho fenomenológico

com no máximo 25 e no mínimo cinco entrevistas (MORSE, 1994; CRESSWELL, 1998). Serão incluídos no estudo todos os idosos com mais de 60 anos de ambos os sexos que vivem em situação de rua na regional centro sul de Belo Horizonte a mais de um ano. Serão excluídos do estudo indivíduos egressos da rua, que se encontram a maior parte do tempo em outras regionais da capital e que discordarem em fazer parte da pesquisa. A coleta de dados ocorrerá em duas etapas: observação participante e entrevista semiestruturada. Será aplicado também o teste cognitivo denominado Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um breve questionário de 30 pontos para rastrear perdas cognitivas. A análise de Dados ocorrerá por meio da análise de narrativa proposta pelos pesquisadores Labov e Waletzky, em 1967. O Projeto de Pesquisa será cadastrado no sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP) da Universidade Federal de Minas Gerais e da Prefeitura de Belo Horizonte para análise do atendimento às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Todas as pessoas convidadas a participar receberão orientações sobre estudo e após esclarecimentos de dúvidas assinarão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido obedecendo as Resoluções 466/12, 510/16 e 580/2018, estas duas últimas estabelece normativas relativas às especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto explicita de forma clara a justificativa, os objetivos, a população e amostra a ser estudada, a metodologia onde consta; o delineamento do estudo, procedimentos de coleta, análise e tratamento de dados além dos aspectos éticos da pesquisa. Apresenta o cronograma em anexo, os instrumentos de coleta de dados e o termo de consentimento livre esclarecido além do custo que será por conta do próprio pesquisador.

CONCLUSÃO

Considerando o exposto, sou de parecer favorável à aprovação do Projeto de Pesquisa da referida Professora, SMJ dos membros desta Câmara Departamental.

Belo Horizonte, 03 de dezembro de 2018.

Profa. Dra. Salete Maria de Fátima Silveira
Relatora

Documento aprovado em
Câmara Departamental em 05/12/18


Chefe do Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem da UFMG

Profa. Salete Maria de Fátima Silveira
Chefe do Departamento de Enfermagem Básica
Inscrição no C.R.E.O. Nº 136603

ANEXO IV – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DE BELO HORIZONTE



Subsecretaria de Assistência Social
Diretoria de Gestão do SUAS-DGAS
Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente -GGTEP

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que a Subsecretaria de Assistência Social (SUASS) autoriza **Aline Figueiredo Camargo** a desenvolver o projeto de pesquisa **“Percepção de idosos em situação de rua sobre o processo de envelhecimento”**, que está sob a coordenação e orientação da Profa. **Sônia Maria Soares**, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado), da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento, por parte do pesquisador dos requisitos da Resolução nº 510, do Conselho Nacional de Saúde, de 07 de Abril de 2016, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a pesquisa de campo e coleta de dados prevista no projeto de pesquisa, o pesquisador deverá apresentar à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente da Diretoria de Gestão do SUAS o parecer consubstanciado, ou documento de natureza semelhante, devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP. A informação à SUASS quanto à aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética é de responsabilidade do pesquisador interessado.

Belo Horizonte, 29 de Abril de 2019.

Isabela de Vasconcelos Teixeira - RM: 110.734-9
Diretoria de Gestão do SUAS
DGAS / SUASSEI/EMEPAC

Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente
Diretoria de Gestão do SUAS

ANEXO V – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Percepção de idosos em situação de rua sobre o processo de envelhecimento.

Pesquisador: Sônia Maria Soares

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14847219.5.0000.5149

Instituição Proponente: Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.442.365

Apresentação do Projeto:

O aumento da população idosa torna relevante o aumento de pesquisas voltadas para essa fase do desenvolvimento humano, com o intuito de favorecer a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Ao mesmo tempo em que ocorre o envelhecimento da população brasileira, as condições de vulnerabilidade desse grupo associado ao empobrecimento podem levar ao aumento do número de idosos em situação de rua. Os censos realizados com a população de rua no Estado de São Paulo e em Minas Gerais nos últimos anos explicitam o aumento gradativo de pessoas com 60 anos ou mais vivendo nas ruas dos grandes centros urbanos (PBH, 2014; GONÇALVES, 2015). Buscando compreender essa problemática, são levantadas as seguintes questões: Quem é o idoso que vive nas ruas? Como este idoso consegue enfrentar os processos de transição relacionados ao envelhecimento, ambiente, ao contexto social e ainda sim sobreviver? Enquanto enfermeira, como prestar uma assistência qualificada a esta população? O objetivo geral desta pesquisa é compreender a percepção do idoso em situação de rua acerca do processo de envelhecimento, para alcançá-lo objetiva-se especificamente: 1. Caracterizar os idosos em situação de rua quanto aos perfis socioeconômico, demográfico e epidemiológico; 2. Desvelar como os idosos se adaptam ao processo de transição relacionado ao ciclo vital; 3. Identificar como o idoso enfrenta as transições relacionadas ao ambiente e a sociedade. Quanto aos aspectos metodológicos, trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa, realizada no Centro de Referência da População

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6527 2º Ad. 31205

Bairro: Unidade Administrativa I CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3436-4802

E-mail: cep@pqz.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.442.365

em Situação de Rua – Centro Pop de Belo Horizonte localizado na Avenida do Contorno, 1082 - Barro Preto, na regional centro sul de Belo Horizonte, podendo ser realizada nas ruas da capital, especificamente na regional centro-sul de Belo Horizonte, onde encontram-se a maior parte da população de idosos em situação de rua da capital. A coleta de dados em duas etapas: observação participante e entrevista semi-estruturada.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora, o objetivo principal da pesquisa é: "compreender a percepção do idoso em situação de rua acerca do processo de envelhecimento."

Os objetivos secundários da pesquisa são: "caracterizar os idosos em situação de rua quanto aos perfis socioeconômico, demográfico e epidemiológico; desvelar como os idosos se adaptam ao processo de transição relacionado ao ciclo vital; identificar como o idoso enfrenta as transições relacionadas ao ambiente e a sociedade.."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

No resumo do projeto, os riscos da pesquisa são apresentados da seguinte forma: "Psicológicos: Modificação nas emoções, stress, culpa, perda da auto-estima. Estresse emocional relacionado a experiências com doença e morte. Sociais: Discriminação e estigma como resultado da invasão de privacidade e quebra da confidencialidade."

Ausente desta lista é uma discussão das medidas que serão tomadas pela pesquisadora para amenizar estes riscos. No TCLE, não obstante, há sim uma discussão sobre as medidas a serem tomadas, especificamente a possibilidade de encerrar a entrevista e a descrição dos cuidados no armazenamento dos dados.

Segundo a pesquisadora, os benefícios da pesquisa são: "participação na pesquisa, ainda que o sujeito não receba a intervenção experimental. Benefícios esperados: Contribuição para a discussão de políticas públicas na área da saúde, da assistência social, segurança nutricional para atender a população de rua, especialmente idosos. Direcionamento do estudo ao Conselho Municipal do Idoso para busca de recursos públicos que possam contribuir para melhorar o contexto de ações direcionadas a este público."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área de Enfermagem com previsão de término em 01/08/2019.

As solicitações do COEP foram atendidas: 1) Foi incluída uma carta de anuência do Centro de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. 31 260-9
Bairro: Unidade Administrativa I CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3400-4692 E-mail: coep@pqz.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.442.305

Referência da População em Situação de Rua: 2) Foi acrescentado no resumo e no projeto completo mais detalhes sobre a atividade de observação (tempo); 3) Foi acrescentado no TCLE espaço para rubrica nas páginas sem espaço de assinatura e paginar as folhas; 4) Foi acrescentado no TCLE texto que especifique que o COEP deve ser contatado para esclarecimentos sobre a ética; 5) Foi acrescentado no TCLE as medidas a serem tomadas para mitigar os riscos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos: folha de rosto, projeto completo, resumo do projeto, TCLE para os participantes, e parecer consubstanciado.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação do projeto "Percepção de idosos em situação de rua sobre o processo de envelhecimento" da pesquisadora responsável Profa. Dra. Sônia Maria Soares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1283853.pdf	23/06/2019 19:20:19		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_AO_PARECER_CONSUBSTANCIADO.pdf	23/06/2019 19:19:14	Sônia Maria Soares	Aceito
Parecer Anterior	CARTA_DE_ANUENCIA_PBH.pdf	17/06/2019 19:12:33	Sônia Maria Soares	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA_ALINE_FIGUEIREDO_CAMARGO_NOVO.pdf	17/06/2019 19:11:07	Sônia Maria Soares	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, 2ª Adm 3008

Bairro: Unidade Administrativa 3 CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3406-4502

E-mail: coep@proj.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

Continuação do Parecer: 3.443.365

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROJETO_ALTERADO.pdf	17/05/2019 19:09:30	Sônia Maria Soares	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	20/05/2019 21:37:54	Sônia Maria Soares	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_ENE.pdf	07/05/2019 21:24:01	Sônia Maria Soares	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 05 de Julho de 2019

Assinado por:
Cristina Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 952/ 2º Ad. 51208
 Bairro: Unidade Administrativa I CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3425-4502 E-mail: conep@proj.ufmg.br