

ISSN 1676-9503

Pensar
BH

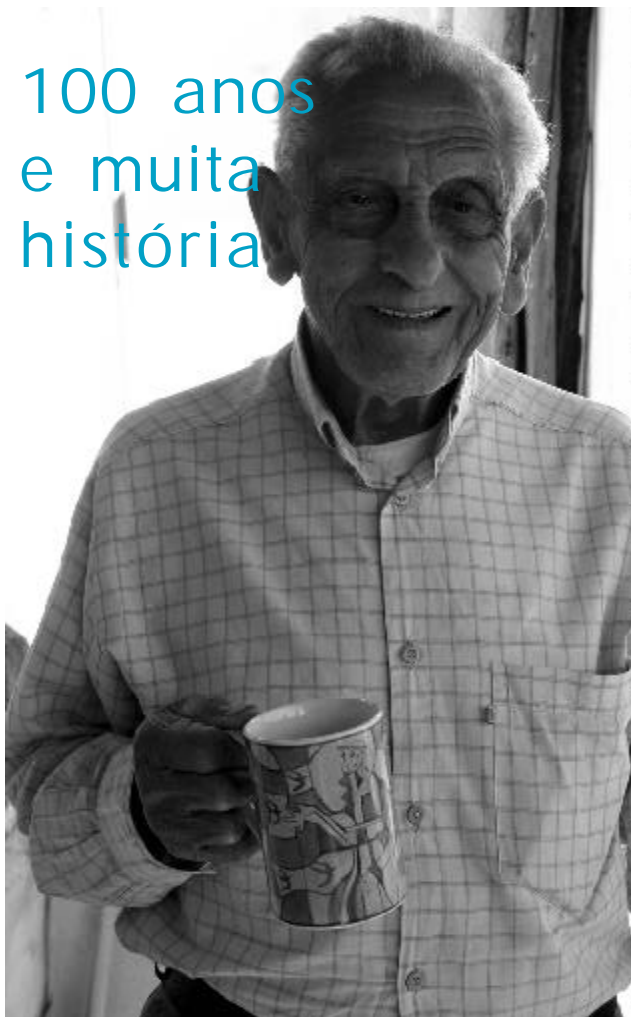
POLÍTICA **SOCIAL**

Edição n. 13 - Setembro/Novembro de 2005

Uma Política especial para os idosos

- **Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa**
- **Condições e uso de serviços de saúde na RMBH**
- **A rede pública de instituições de longa permanência**
- **Alternativas para o atendimento aos idosos**
- **Envelhecimento e cidadania**

100 anos e muita história



Aproveitamos a oportunidade dessa edição especial da revista **Pensar BH/ Política Social**, dedicada à temática do “Idoso”, para homenagear o funcionário aposentado da Prefeitura de Belo Horizonte, Antônio Felicidade Mappa que, em julho próximo passado, completou 100 anos: um exemplo de vida e alegria. Natural de Catas Altas da Noruega, aos 30 anos ele veio morar na capital.

“Eu trabalhava no mato, derrubando pau pra cortar lenha. Ganhava dinheiro para cuidar da família. Trabalhei assim, acho que uns 20 anos. Só no mato. Depois eu vim pra cá e entrei pra baldeação, na Central (Rede Ferroviária). Aí eu trabalhei 10 anos. Era o dia inteiro. Pegava cedo e ia até de tarde, baldeando os sacos de mantimento. Carregava até 60 quilos. Depois fui trabalhar na Prefeitura, por mais de 20 anos, plantando árvores e cuidando de praças. Co-

mecei em 1952, na plantação de árvores na Avenida Afonso Pena, depois passei a tratar dos jardins, na Praça Raul Soares e na Praça da Liberdade. Tomava conta de tudo ali. Quando completei 70 anos, eles me aposentaram.”

Apesar da idade, Antônio garante que até hoje gostaria de continuar trabalhando. E quando compara os tantos períodos vividos, ele reconhece as vantagens dos dias atuais, dos benefícios advindos com o progresso da cidade, mas não consegue esconder uma pontinha de saudade quando se lembra dos velhos tempos.

“Belo Horizonte melhorou muito! Melhorou no movimento; tem mais conforto; as coisas são mais perto. Mas piorou na maldade, na ruindade das pessoas. Antes, a gente andava tranqüilo, todo mundo era amigo; hoje, a gente já não pode confiar. Para mim, a melhor época foi quando passei a tomar conta dos jardins. Foi quando trabalhei na Prefeitura.”

Cheio de energia e saúde, é difícil encontrá-lo em casa. Acorda cedo todos os dias para ir à missa, adora sair e caminhar pelo bairro. E para quem pergunta qual é a fórmula para viver tanto, ele responde com simplicidade:

“Você tem que viver a sua vida com tranqüilidade e paciência, sem intervir na opção dos outros, respeitando cada um.”

Sumário

| | |
|--|-----------|
| MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA REDE SUS-BH | 03 |
| Karla Cristina Giacomini, Cristina Maria Sartini, Sônia Gesteira Matos | |
| CONDIÇÕES DE SAÚDE E USO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ENTRE IDOSOS RESIDENTES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE | 10 |
| Maria Fernanda Lima-Costa | |
| A REDE PÚBLICA DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS EM BELO HORIZONTE | 19 |
| Márcia Luiza Gonçalves de Paula | |
| ALTERNATIVAS PARA O ATENDIMENTO AOS IDOSOS | 24 |
| Janaína Teixeira Nogueira | |
| ENVELHECIMENTO E CIDADANIA | 26 |
| Maria Fontana Cardoso Maia, Renata Martins Costa de Moura; Irani de Almeida; Luciana Maria de O. Mariano Alessandra Aparecida de Albuquerque; Sandra de Mendonça Mallet; Tereza Cristina Silva | |

*Depoimento concedido à estagiária Mariana Horta.



Modelo de atenção à saúde da pessoa idosa na rede SUS-BH

KARLA CRISTINA GIACOMIN*
CRISTINA MARIA SARTINI**,
SÔNIA GESTEIRA MATOS***

Idosos participam de atividades promovidas pelo Centro de Saúde Santa Rita de Cássia

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que traz repercussões para as políticas socio sanitárias. A saúde pública tradicionalmente se organizou para atender às demandas da saúde materno-infantil. O envelhecimento populacional rápido e intenso e a entrada do Programa Saúde da Família vêm trazer à tona novas demandas para o sistema de saúde. É preciso responder ao envelhecimento em condição de desigualdade e à fragilidade dos idosos com incapacidade funcional. É apresentada aqui a elaboração da Linha de Cuidado ao Idoso da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, com ênfase na Promoção da Saúde e no Cuidado ao Idoso Frágil.

Introdução

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa e já conta hoje com mais de 14,5 milhões de idosos (IBGE, 2002).¹ em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais e de incapacidades (Lima-Costa *et al.*, 2003; Ramos, 2002). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira (IBGE, 2000). Essa transição demográfica repercute na área da saúde, em relação à necessidade de (re) organizar os modelos assistenciais (Lima-Costa & Veras, 2003). A maior causa de mortalidade entre idosos brasileiros é o acidente vascular cerebral (Lima-Costa *et al.*, 2000). Na transição epidemiológica brasileira ocorrem incapacidades resultantes do não-controle de fatores de risco preveníveis (Lima-Costa *et al.*, 2003).

O sistema de saúde brasileiro tradicionalmente está organizado para atender à saúde materno-infantil e não tem considerado o envelhecimento como uma de suas prioridades. Uma importante consequência do aumento do número de pessoas idosas em uma popula-

ção é que estes indivíduos provavelmente apresentarão mais doenças e/ou condições crônicas que requerem mais serviços sociais e médicos e por mais tempo (Firmo *et al.*, 2003). Isso já pode ser notado, uma vez que a população idosa que, hoje, representa cerca de 9% da população já consome mais de 26% dos recursos de internação hospitalar no SUS (Lima-Costa *et al.*, 2000). Além disso, é notável a carência de profissionais qualificados para o cuidado ao idoso, em todos os níveis de atenção.

Além disso, o envelhecimento populacional acarreta o aumento de doenças e das condições que podem levar à incapacidade funcional. Para Verbrugge & Jette (1994) a incapacidade funcional é a dificuldade experimentada em realizar atividades em qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Incapacidade é mais um processo do que um estado estático (Iezzoni, 2002). A OMS em sua Classificação Internacional de Funções, Incapacidade e Saúde (CIF, 2001) vê a incapacidade e as funções de uma pessoa como a interação dinâmica entre condições de saúde (doenças, lesões, traumas, etc) e fatores contextuais, incluindo

* Médica geriatra da Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso.

** Médica geriatra da Coordenação de Atenção à Saúde do Idoso.

*** Gerente de Assistência da Secretaria Municipal de Saúde.

¹É considerada idosa a pessoa maior de 60 anos.

atributos pessoais e ambientais. Pessoas com incapacidade funcional constituem um dos maiores e mais pobre grupo entre as pessoas que vivem na pobreza. Estimativas plausíveis dão conta de que nos países desenvolvidos ultrapassam os 400 milhões e muitas pessoas vêm-se envolvidas com a incapacidade por serem familiares e cuidadores de pessoas incapacitadas. (Worldbank, 2005). Estudos brasileiros de base populacional em idosos apontam a existência de incapacidade entre idosos em cifras que variam de 5 a 45% dos idosos (Lima-Costa, 2004; Giacomini *et al.*, 2005; Rosa *et al.*; 2003), dependendo da idade e do sexo.

Outra noção importante a ser considerada é que saúde em idoso é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (Ramos, 2002). Por isso mesmo é imprescindível oferecer cuidados sistematizados e adequados a partir dos recursos físicos, financeiros e humanos de que dispomos hoje. É intenção deste trabalho contribuir para a discussão de tais questões ao formular uma proposta de modelo assistencial pautada nas demandas dessa população que envelhece.

O desafio: o envelhecimento populacional em condição de desigualdade social

O envelhecimento populacional desafia nossa habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos de todos os serviços prestados tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira (Lima-Costa & Veras, 2003). Além disso, os idosos são um grupo heterogêneo por natureza, qualquer que seja a faixa etária a que pertençam. Eles diferem de acordo com a sua história de vida, com seu grau de independência funcional e com a demanda por serviços mais ou menos específicos.

Deve-se considerar ainda que a distribuição dos idosos na cidade não é homogênea (ver figura 1). Os distritos sanitários proporcionalmente mais envelhecidos são: Centro-Sul, Leste e Nordeste. O Distrito Sanitário com população maior (Noroeste), embora possua proporcionalmente menos idosos, apresenta uma população idosa quantitativamente semelhante à do Distrito Centro-Sul (Censo BH (ver figura 1).

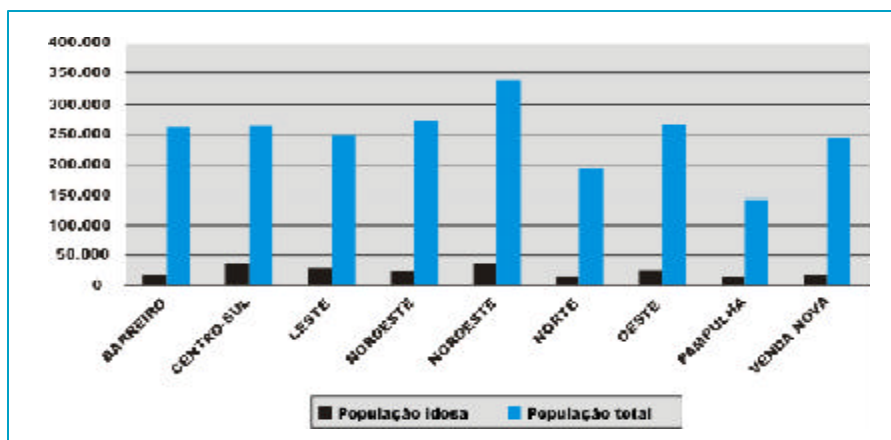
Quanto ao local de moradia, em Belo Horizonte, menos de 1% dos idosos moram em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Historicamente, as ILPI estão sob a regulação de órgãos da Assistência Social. Belo Horizonte, diferentemente da maioria das cidades brasileiras, vem desenvolvendo um trabalho de vigilância à saúde junto às ILPI's, conhece o perfil dos idosos institucionalizados e tem conseguido interferir, positivamente, na assistência ali prestada.

Noventa e nove por cento dos idosos belo-horizontinos vivem na comunidade. É fundamental reconhecer que a família é a grande instituição de cuidado do idoso. Esse cuidado intuitivo, integral, e muitas vezes improvisado, ressent-se da falta do apoio formal médico-social para o idoso frágil e com dependência funcional (Giacomini *et al.*, 2004).

Contextualização: responder às demandas de idosos mais vulneráveis dentre a população em maior risco de fragilidade

Incapacidade funcional e limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são conseqüências inevitáveis do envelhecimento, ainda que 20% dos idosos americanos tenham incapacidades crônicas (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). A prevalência da incapacidade aumenta com a idade, mas a idade sozinha não prediz incapacidade (Lollar & Crews, 2002). Mulheres, minorias e pessoas de baixo poder socioeconômico são particularmente vulneráveis (Freedman, Martin e Schoeni, 2002). A pobreza é um preditor da incapacidade porque usualmente a população mais pobre não

FIGURA 1
Distribuição de Idosos por Distrito Sanitário. Belo Horizonte, 2005



costuma ter acesso ao cuidado à saúde em geral e pode estar mais exposta a traumas não intencionais e à violência (CIF, WHO, 2003). Independentemente de sua etiologia, pessoas com incapacidade estão em maior risco para problemas de saúde e afins (Lollar & Crews, 2002). A presença de incapacidade é ônus para o indivíduo, para a família, para o sistema de saúde e para a sociedade (Giacomin *et al.*, 2004).

No Brasil, para efeito da Política Nacional do Idoso, de acordo com a Lei 8.842/94, considera-se idoso a pessoa maior de 60 anos de idade. Em 01/10/2003 foi promulgado o Estatuto do Idoso pelo Presidente da República. Essa lei passa a servir como diretriz para as ações da Secretaria Municipal de Saúde.

Segundo o Censo 2000, Belo Horizonte conta com 204.000 idosos. A cidade dispõe de 137 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas nos 9 Distritos Sanitários e conta com 507 equipes de Saúde da Família.

Desde a implantação do Saúde da Família, houve expressivo aumento do número de idosos atendidos. Isso pode ser verificado, especialmente no caso de idosos frágeis e debilitados, que não tinham acesso ao Centro de Saúde. Em Belo Horizonte, em 2004, havia cerca de 5.000 idosos acamados (4% da população idosa) acompanhados pelo Programa de Saúde da Família, que de outra forma não teriam recebido nenhum tipo de assistência pelo sistema de saúde.

A entrada no sistema de saúde dessa população frágil gerou a necessidade de planejar ações para responder às questões colocadas, inclusive no que tange ao cuidado domiciliar e à política de insumos da SMSA. Essa população vulnerável demanda respostas concretas e em tempo hábil e exige ações intersetoriais, que alcancem o idoso propriamente dito, sua família e a comunidade.

Em fevereiro de 2004, foi solicitado a um grupo de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde que elaborasse uma Linha de Cuidado ao Idoso. Esse grupo discutiu amplamente a situação e as demandas perce-

bidas nas Unidades Básicas de Saúde e propôs a abordagem do idoso frágil, como forma de atenção prioritária a essa parcela da população idosa.

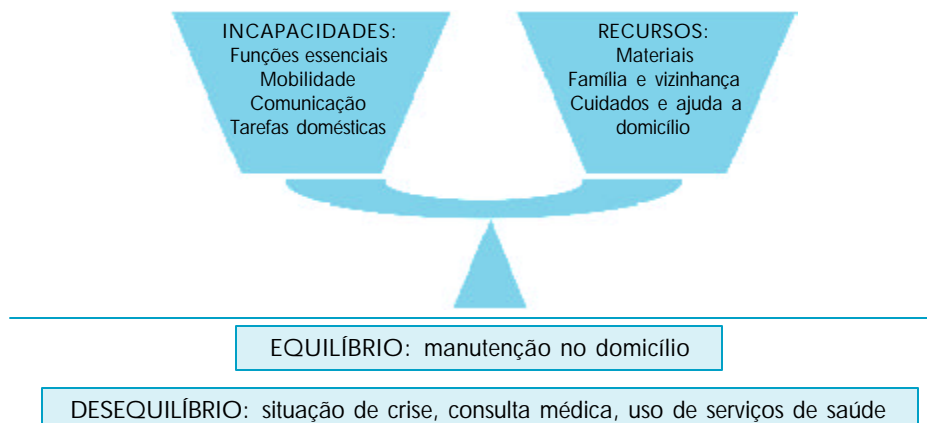
Apresentamos, a seguir, os princípios, critérios, fluxos e ações propostas da Linha de Cuidado ao Idoso de Belo Horizonte, no que se refere à Atenção Básica (ver figuras 2 e 3). As ações na Atenção Secundária e Terciária merecem aprofundamento e estão sendo construídas internamente.

FIGURA 2
Peculiaridades da Atenção à Saúde do Idoso

No idoso que procura os serviços de saúde, notam-se:

- A presença de estigmas do envelhecimento: fragilidade, dificuldade em distinguir o envelhecimento normal do patológico; recuperação mais lenta às agressões internas e externas; aumento da frequência de efeitos indesejados das medicações.
- A apresentação atípica das doenças, o que retarda o diagnóstico preciso e a implementação de ações terapêuticas adequadas.
- A ocorrência de sintomas não relatados pela pessoa idosa, que são equivocadamente atribuídos ao envelhecimento.
- A presença de múltiplas doenças e a concomitância das grandes síndromes geriátricas num mesmo paciente que ocasionam maior vulnerabilidade, maior risco de polimedicação e necessidade de se estabelecer prioridades propedêuticas e terapêuticas.
- A existência de dificuldades de comunicação por problemas sensoriais e mnésicos que tornam a coleta de dados mais laboriosa, demorada e necessitando muitas vezes de outro interlocutor.
- A influência da precariedade psicossocial: fatores psicossociais atuam na gênese e manutenção das doenças e na escolha dos tratamentos; dificuldades de adaptação às perdas associadas ao envelhecimento.
- A necessidade de uma abordagem global e interdisciplinar.

FIGURA 3
Equilíbrio Incapacidade X Recursos



Princípios da linha de cuidado ao idoso

Respeitar os princípios e diretrizes do SUS na atenção a este grupo populacional: garantir a integralidade, promover a equidade, respeitar a universalidade e evitar qualquer tipo de discriminação por idade. Além disso, buscar:

- Construir na sociedade a idéia de solidariedade para com este grupo etário.
- Propiciar um envelhecimento saudável e preservar a autonomia do sujeito.
- Estruturar uma rede de apoio social, utilizando iniciativas já existentes.
- Garantir um olhar multidisciplinar nos serviços de saúde e estruturá-los, sob a ótica do atendimento integral, humanizado e de qualidade para essa população.

Objetivo geral

Promover, manter ou melhorar a qualidade de vida e a autonomia do idoso, especialmente a do idoso frágil (maior de 75 anos) ou sofrendo de incapacidades, permitindo-lhe permanecer em seu meio natural, respeitando sua dignidade.

Porta de entrada

A porta de entrada para o idoso pode acontecer em qualquer dos níveis de atenção, contando com uma abordagem diferenciada e humanizada. A população idosa é muito heterogênea, em termos de condição de saúde. No entanto, algumas situações merecem atenção diferenciada, quer pela sua prevalência, quer pela complexidade do cuidado exigida.

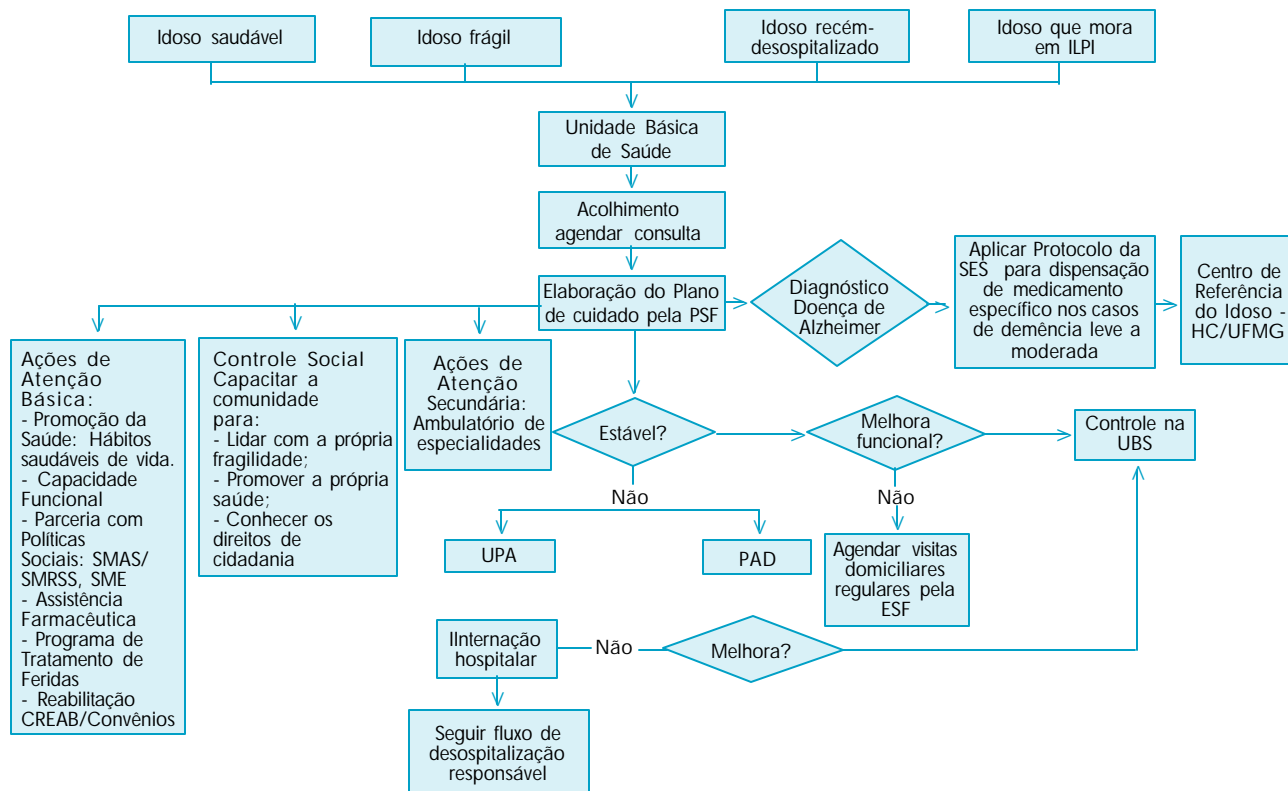
São pensados quatro casos de figura: a) o idoso saudável procura a Unidade Básica de Saúde, espontânea e eletivamente, b) o idoso é ou está frágil e é captado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS); c) o idoso é recém-desospitalizado; d) o idoso vive em coletividade (ILPI). Todo idoso que buscar a UBS, independentemente dos critérios de fragilidade, deverá ser avaliado de maneira global e recomendadas ações de prevenção (ver figura 4).

Eixos

Os grandes eixos norteadores para a linha de cuidado:

- o de fragilidades (do idoso, da família e do sistema de saúde);
- a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção.

FIGURA 4
Desenho do modelo assistencial proposto



Critérios de fragilidade

São considerados critérios de fragilidade:

- **Etário:** idoso de 75 anos ou mais.
- **Funcional:** idoso acamado.
- **Social:** idoso que mora sozinho ou idoso que vive em instituição de longa permanência.
- **Clínico:** idoso portador de múltiplas doenças (diabético, hipertenso, cardiopata, pneumopata crônico, portador de vasculopatia periférica / ferida crônica, neoplasia em fase terminal, fratura) e o idoso egresso hospitalar.

Ações coordenadas para o enfrentamento da fragilidade

- Acolher e iniciar a abordagem com a visão humanizada.
- Promover o envelhecimento ativo.
- Avaliar funcionalmente pela equipe de Saúde da Família responsável (Médico + Enfermeiro).
- Problematizar e delinear o plano de cuidados a partir da avaliação multiprofissional, considerando o risco social e clínico, sendo que quanto maior a idade, maior o risco. A partir disso, priorizar as ações de cuidado. Buscar outros recursos e profissionais que possam contribuir: Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico, Fonoaudiólogo, profissional da Saúde Mental.
- Assegurar a prescrição judiciosa de medicamentos e a assistência farmacêutica adequada (desde a compreensão da prescrição e dispensação do medicamento até a utilização de estratégias para melhorar a adesão e o monitoramento da medicação prescrita). Coibir a automedicação.
- Distribuir material informativo e sensibilizar a família para o cuidado com o idoso fragilizado, seja por condição de saúde e/ou social.
- Conhecer o perfil epidemiológico da população de sua área de abrangência, a partir dos instrumentos disponíveis.
- Realizar a busca ativa do idoso frágil: o Agente Comunitário de Saúde deve realizar a busca ativa do idoso mais frágil, de forma integrada à Equipe de Saúde da Família, para uma avaliação global e para a construção da proposta de plano terapêutico de cada caso/família.

Reabilitação

A inclusão de ações de reabilitação é fundamental na abordagem gerontológica e busca sempre a manutenção e recuperação da autonomia, incluindo a orientação ao idoso, à família e ao cuidador.

Promoção do envelhecimento saudável e da inserção social do idoso

A promoção do envelhecimento saudável, isto é, envelhecer mantendo a capacidade funcional e a autonomia, é reconhecidamente a meta de toda ação de saúde. Ela permeia todas as ações desde o pré-natal até a fase da velhice. É importante vencer preconceitos e discutir mitos arraigados em nossa cultura. Os profissionais de saúde e a comunidade devem reconhecer que a prevenção e a promoção de saúde não é privilégio apenas dos jovens. A promoção não termina quando se faz 60 anos e as ações de prevenção, sejam elas primárias, secundárias ou terciárias, devem ser incorporadas ao cuidado à saúde, em todas as idades.

Ações coordenadas para a promoção da saúde

Em toda a rede:

- Valorizar e respeitar a velhice.
 - Estimular a solidariedade para com esse grupo etário.
 - Realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas (quedas e atropelamentos).
 - Realizar ações integradas de combate à violência doméstica e institucional contra idosos.
 - Valorizar a participação de idosos em equipamentos sociais, grupos de terceira idade, atividade física.
- ### No âmbito da Secretaria Municipal da Saúde:
- Promover maior integração entre a SMSA e os programas desenvolvidos na PBH para a difusão da atividade física e o combate ao sedentarismo, como o Programa Vida Ativa - (Secretaria Municipal de Esportes).
 - Estimular a participação dos grupos operativos e nos grupos de convivência em ações de promoção, valorização de experiências positivas e difusão das mesmas na rede (nortear e captar experiências).
 - Promover a prática de: nutrição balanceada, sexo seguro, imunização, hábitos de vida saudáveis e realizar ações de combate ao abuso de álcool, tabagismo e sedentarismo, em todos os níveis de atenção.
 - Definir estratégias para identificar e capacitar cuidadores. Orientar a família no cuidado ao idoso.
 - Identificar o "velho que não vai bem", como sinal da síndrome de perda da autonomia e intervir precocemente para evitar a dependência funcional.
 - Estabelecer ações de cuidado com o idoso acamado, com portadores de sondas enteral, vesical e de traqueostomia.
 - Estimular a abordagem geral da pessoa idosa dos 60 aos 74 anos.
 - Estimular a abordagem aprofundada do idoso de mais 75 anos.
 - Promover a avaliação da situação funcional e busca de apoio para reabilitação (óculos, órteses, próteses).

■ Promover a avaliação, o diagnóstico e o tratamento da saúde mental (ansiedade, depressão, e demências).

Reabilitação

Incluir ações de reabilitação na atenção Primária ao Idoso, de modo a intervir no processo da gênese da dependência funcional.

Princípios de cuidados na atenção à saúde da pessoa idosa

Como mencionado anteriormente, a prática de cuidados às pessoas idosas exige uma abordagem global, interdisciplinar, multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais que influenciam a saúde dos idosos e a importância do ambiente no qual está inserido. Para tanto, foi elaborado o "Protocolo de Avaliação do Idoso Frágil" (www.pbh.gov.br)

A abordagem também precisa ser flexível e adaptável às necessidades de uma clientela específica. O reconhecimento das necessidades dos próximos aos idosos também faz parte da avaliação sistemática do paciente, de modo a prevenir e detectar precocemente o cansaço dos cuidadores.

As intervenções devem ser feitas e orientadas para a promoção da autonomia do idoso. A propósito, os instrumentos de avaliação e de readaptação funcional mostram-se essenciais, bem como todas as ações educativas e interativas que coloquem em evidência o cuidado pela pessoa idosa e sua família. Deve-se estimular o autocuidado no caso do paciente e os grupos de autoajuda, no caso dos cuidadores.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, é necessária a vigilância do médico e dos profissionais, a aplicação de instrumentos de avaliação e de testes de triagem (para detecção de distúrbios cognitivos, visuais, de mobilidade, de audição, de depressão, etc.).

A cada etapa de intervenção os profissionais deverão considerar os anseios do paciente e de sua família. Isso supõe a troca salutar de informações, a negociação das expectativas de cada um, levando-se em consideração elementos históricos do paciente, seus recursos individuais e sociais e aqueles da rede de suporte social disponível no local.

A atenção à saúde baseada na assistência médica individual não se mostra eficaz na prevenção, educação e intervenção em questões sociais, ficando quase sempre restrita ao gerenciamento das complicações advindas de afecções crônicas e inevitavelmente acompanhadas (os atendimentos individuais costumam ser esporádicos ou gerados a partir de demanda espontânea ou de "urgências", que revelam situações de crise

social, física ou afetiva).

Outro ponto a ser cuidadosamente enfrentado é o preconceito contra o envelhecimento com a fusão do binômio velhice-doença, ser velho não significa necessariamente adoecer. Deve ser um compromisso de todo o sistema combater qualquer tipo de discriminação por idade, deficiência ou condição social.

A valorização do idoso precisa ser conquistada pela sociedade. A semelhança do que ocorreu com a Pediatria no início do século, que permitiu que as ciências deixassem de considerar a criança um adulto pequeno, reconhecendo-lhe peculiaridades, riscos específicos, parâmetros de avaliação, características especiais de comportamentos e do desenvolvimento neuropsicomotor, entre outros, o idoso precisa deixar de ser considerado como um adulto velho. Devem ser observadas suas características biopsicossociais, a apresentação atípica de doenças, a propensão a efeitos adversos e interações medicamentosas, a necessidade de uma abordagem global em TODOS os atendimentos, o atendimento multidisciplinar que inclui outros profissionais (fisioterapeuta, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista, fonoaudiólogo) e o possível referenciamento a outros especialistas (urologista, oftalmologista, ginecologista, otorrinolaringologista, entre outros). Esse reconhecimento refletirá num melhor cuidado e num menor risco de morbimortalidade.

Todo profissional chamado a atender o idoso deve procurar promover a qualidade de vida. A promoção da longevidade deixou de ser uma meta a todo preço. É importante viver muito, mas fundamental é viver bem. Preservar a autonomia e a independência funcional dos idosos deve ser meta de TODO o sistema de saúde, em suas várias instâncias. Isso dependerá de medidas preventivas primárias, secundárias e mesmo terciárias, implicando em tomar atitudes, controlar os fatores de risco de patologias preveníveis de alta morbidade e mortalidade, como as doenças cerebrovasculares, demências reversíveis, neoplasias.

Caminho das pedras para elaboração da linha de cuidado ao idoso na Rede SUS-BH

- Levantamento do número de idosos por área, patologias prevalentes nessa faixa etária, número de internações geradas por centro de saúde (mensal/anual).
- Levantamento do número de profissionais que possam participar do atendimento ao idoso, capacitando-os para tal.
- Conscientização dos idosos dos seus deveres e direitos, identificação de demandas e peculiaridades.
- Sensibilização de familiares e interventores, de modo a esclarecer dúvidas e fornecer orientações - inclusive impressos.
- Participação de uma equipe multidisciplinar no atendimento ao idoso.

- Prevenção da cascata iatrogênica.
- Dinamização de centros de reabilitação cognitiva e física.
- Atualização periódica da padronização dos medicamentos distribuídos pela rede pública, adequando-os às necessidades dos idosos, inclusive quanto à forma de apresentação, às classes terapêuticas mais prescritas e àquelas a serem proscritas para uso dos idosos;
- Reconhecimento dos preconceitos contra o idoso e contra o envelhecimento e definição de estratégias para superá-los.
- Estímulo e reconhecimento da Participação das Atividades desenvolvidas pela Secretaria de Assistência Social e órgãos afins e pelos centros de convivência.
- Trabalho junto a cuidadores familiares de idosos.
- Fortalecimento de grupos operativos: Grupos de Hipertensos e Diabéticos, Grupos de Apoio a Familiares Cuidadores (em fase de elaboração).
- Desenvolvimento de Protocolos para situações especiais: Idoso Frágil (idoso acamado; idoso que mora só; idoso que sofre violência doméstica; idoso institucionalizado; entre outros).

Conclusões

O envelhecimento populacional não é um problema. O envelhecimento populacional é uma conquista. A política de atenção ao idoso não começa aos 60 anos de idade, mas a promoção e a prevenção em saúde também não terminam quando se faz 60 anos. A atenção ao idoso permeia todas as ações de saúde ao longo da vida e não se limita às ações de controle e agravamento de doenças crônicas não transmissíveis. A promoção do envelhecimento saudável e o suporte aos idosos que não conseguiram envelhecer bem são os grandes desafios da saúde pública desse milênio. É na parcela mais pobre da população que estão os mais incapacitados. Essa parcela gera novas demandas aos serviços de saúde e exige respostas em tempo hábil. O idoso é um cidadão brasileiro por inteiro e é preciso perseguir uma sociedade justa para todas as idades.

ABSTRACT

Populational aging is a phenomenon which has socio-sanitary political repercussions. Public health has traditionally been organized to cater to the demands of maternal-infantile health. The accelerated and intense populational aging and the Family Health Project unveiled new demands on existing health care. Answers must address aging under unequal conditions and the fragility of the functionally handicapped elderly. The elaboration of Caretaking of the Elderly Project by the Municipal Secretariat of Belo Horizonte is shown herein, emphasizing Programs for Health and Caretaking of the Fragile Elderly.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CIF, WHO, 2003. Towards a common language for functioning, disability and health. <http://www.who.int/classification/icf> Consultado em 24 de novembro de 2004.
- DATASUS (Departamento de Informática do SUS), 1997. Sistema de Informações sobre Mortalidade; 1994-96. CD-ROM, Brasília: Ministério da Saúde.
- FIRMO J. O. A., BARRETO S. M., LIMA-COSTA., 2003. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cadernos de Saúde Pública*; v. 19, n. 3, p. 817-827, maio/jun.
- FREEDMAN V. A, MARTIN G. L., SCHOENI R. F. 2002, Recent trends in disability and functioning among older adults in the United States - a systematic review. *JAMA*; 288: 3137-3146.
- GIACOMIN K. C. et al. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública, Área de concentração em Epidemiologia) - Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- GIACOMIN, K. C., UCHÔA, E., FIRMO, J. O. A. *et al.* 2005, Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. *Cad. Saúde Pública*, v. 21 n.1, p. 80-91.
- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2000. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050 - Revisão 2000. Rio de Janeiro: IBGE.
- IEZZONI L. I., 2002. Using administrative data to study persons with disabilities. *The Milbank Quarterly*, 80 (2): 347 - 379.
- LIMA-COSTA M. F. F. & VERAS R., 2003. Saúde Pública e Envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, maio/jun. 2003a.
- LIMA-COSTA M. F. F et al. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 745-757, maio/jun. 2003.
- LIMA-COSTA M. F. F. et al. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 9, n.1, p. 23-41, 2000.
- LIMA-COSTA M. F. F.; VERAS R. Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.3, p. 700-701, maio/jun. 2003.
- LIMA-COSTA M. F. F. 2004, A saúde dos adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE/FIOCRUZ/UFMG), 132p.
- LOLLAR D.J. & CREWS J. E. 2003 Redefining the role of public health in disability. *Annu. Rev. Public Health*. 24:195-208.
- RAMOS L. R., 2002. Epidemiologia do envelhecimento in: *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, Cap. 7, p. 72 - 78.
- ROSA T. E. C. et al., 2003. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*, 37(1): 40-48.
- VERBRUGGE L. M, JETTE A. M. The disablement process. *Soc Sci Med*. 1994; 38: 1-14.
- WORLD BANK, 2005. Disability and the Fight Against Poverty. Development OUTREACH is a flagship magazine in the field of global knowledge for development
- SPECIAL REPORT - July 2005: <http://www1.worldbank.org/devoutreach/index.asp> Consultado em 10 de agosto de 2005

Condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte

Introdução

O envelhecimento populacional é a mais importante mudança demográfica observada neste país. Para se ter uma idéia da velocidade desse fenômeno, entre 1991 e 2000, o número de habitantes com 60 ou mais anos de idade aumentou duas e meia vezes (35%) do que a população mais jovem brasileira (14%) (IBGE, 1992; 2002). O envelhecimento populacional é a maior conquista social do século XX. Entretanto, ele traz grandes desafios para a sociedade contemporânea. Um desses desafios é o aumento da demanda por serviços de saúde. Populações envelhecidas apresentam maior carga de doenças e agravos não-transmissíveis, assim como de incapacidade, resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde.

As condições de saúde de populações idosas podem ser determinadas por meio dos seus perfis de morbidade e de mortalidade, da utilização de serviços de saúde, além de outros indicadores mais específicos (como, por exemplo, a capacidade funcional). O perfil de mortalidade pode ser determinado, utilizando dados de domínio público fornecidos pelo Ministério da Saúde (Lima-Costa *et al*, 2004). Informações sobre internações hospitalares, no âmbito do Sistema Único de Saúde, podem também ser obtidos por meio de dados fornecidos pela mesma fonte (Loyola Filho *et al*, 2004; Peixoto *et al*, 2004). Entretanto, as demais informações necessárias para que se conheçam as condições de saúde dos idosos só podem ser obtidas por meio de estudos epidemiológicos de base populacional.

A condução desse tipo de estudo não é simples, por duas razões: primeiro, os idosos representam menos de 10% do total de habitantes no país; segundo, trata-se de um segmento muito heterogêneo, englobando diferenças etárias que podem chegar a 40 anos. Dessa forma, somente estudos de grandes bases populacionais (ou com amostras que representam as faixas etárias superiores) possibilitam inferências em favor desta população e dos diferentes segmentos etários que a compõem. Isto explica porque, apesar do crescimento acentuado do número absoluto e relativo dos idosos - com a conseqüente importância desse crescimento para a saúde pública contemporânea, ainda são poucos os estudos populacionais neste país que produziram informações sobre as condições de saúde dos idosos. Um desses es-

MARIA FERNANDA LIMA-COSTA*

tudos foi conduzido recentemente na Região Metropolitana de Belo Horizonte (Lima-Costa, 2004a) e seus resultados serão utilizados no presente trabalho.

Este trabalho, baseado em dados do Inquérito de Saúde dos Adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, contempla os seguintes aspectos relacionados à saúde do idoso: (1) condições de saúde, (2) capacidade funcional, (3) estilos de vida relacionados à saúde, (4) uso de serviços preventivos de saúde e (5) acesso, uso e avaliação de serviços de saúde.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é descrever as condições de saúde, a capacidade funcional, alguns estilos de vida e usos de serviços preventivos de saúde, assim como o uso e avaliação de serviços de saúde entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). Participaram do estudo 1774 idosos (> 60 anos) incluídos na amostra do Inquérito de Saúde dos Adultos na RMBH. A prevalência de interrupção das atividades rotineiras devido a problemas de saúde nessa população (10,5%) foi menor que o verificado entre idosos brasileiros, apontando para melhores condições gerais de saúde. As doenças auto-referidas comuns foram hipertensão, doenças da coluna ou das costas, artrite e depressão. A incapacidade para realizar pelo menos uma entre cinco Atividades da Vida Diária, que caracterizam a dependência extrema, foi igual a 5,5%. Observou-se alta prevalência de consumo excessivo de álcool, baixa frequência de exercícios físicos e baixíssimo consumo adequado de frutas, verduras e legumes frescos, indicando a urgência de medidas efetivas para promoção da saúde dessa população. O uso de serviços preventivos de saúde variou entre alto (aferação da pressão arterial, do colesterol e exame de Papanicolau), a razoável (mamografia) e muito baixo (pesquisa de sangue oculto nas fezes). De uma maneira geral, os resultados mostram uma melhor performance dos indicadores de acesso e uso de serviços de saúde entre idosos na RMBH, sobretudo em Belo Horizonte, em comparação ao conjunto da população idosa brasileira. O Posto ou Centro de Saúde foi a referência mais importante. Apesar desses dados positivos, verifica-se uma alta prevalência de queixas dos idosos quando necessitam de serviços médicos, sendo as filas a principal delas. Ressalta-se a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento à saúde da população idosa residente na RMBH. Essa dependência é maior nos demais municípios que compõem a região metropolitana, onde 75% dependem exclusivamente do sistema público de saúde, mas não é desprezível no município de Belo Horizonte, onde cerca da metade dos idosos não possui outra fonte de atenção médica, além do SUS.

* Médica Epidemiologista, Pesquisadora do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Federal de Minas Gerais e Coordenadora de Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento.

Inquérito de Saúde da RMBH

O inquérito de saúde foi conduzido entre 1º de maio e 31 de julho de 2003. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário suplementar à Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de Belo Horizonte (PED/RMBH), conduzida pela Fundação João Pinheiro, órgão do Governo do Estado de Minas Gerais. A PED/RMBH é realizada em uma grande amostra, baseada em 7.500 domicílios com cerca de 24.000 moradores. A amostra foi delimitada para produzir estimativas da população não-institucionalizada, com idade igual ou superior a 10 anos, residente nos 23 municípios que compõem a RMBH. Trata-se de uma amostra probabilística de conglomerados estratificada em dois estágios. Os setores censitários da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são usados como unidade primária de seleção e a unidade amostral é o domicílio. As perdas estimadas no cálculo amostral são de 20%. O questionário relativo ao inquérito de saúde foi aplicado em 5.922 domicílios (79% do total), tendo sido respondido pelos moradores com 20 ou mais anos de idade. Para o presente trabalho, foram selecionados todos os 1.774 idosos participantes deste inquérito. A análise dos dados foi realizada, utilizando-se os procedimentos do programa STATA para inquéritos populacionais. A análise multivariada dos dados foi baseada em razões de prevalência e intervalos de confiança robustos, utilizando-se a regressão de Poisson (Barros & Hirakata, 2003; Stata, 2001). Os resultados foram desagregados por município (Belo Horizonte vs. demais municípios da RMBH), sexo e/ou faixa etária (60-69, 70-79 e 80+). Mais detalhes podem ser vistos em outra publicação (Lima-Costa, 2004a).

Condições de saúde

Uma das formas mais utilizadas para examinar as condições de saúde de uma população é a morbidade auto-referida, considerando indicadores gerais e específicos do estado de saúde. Para o presente trabalho foram considerados os seguintes indicadores: interrupção das atividades rotineiras por motivos de saúde nas duas semanas precedentes, história de diagnóstico médico para algumas doenças crônicas e número de doenças crônicas auto-referidas. O primeiro é um indicador robusto porque expressa as consequências recentes dos problemas de saúde para o indivíduo e reflete o seu estado geral de saúde. A enumeração de doenças ou condições crônicas mais frequentes permite visualizar demandas para atenção à saúde e o número de doenças crônicas é um indicador de co-morbidade.

A prevalência de interrupção das atividades rotineiras devido a problemas de saúde entre idosos residentes na RMBH (10,5%) foi inferior ao observado para o conjunto da população idosa brasileira (13,9%) (Lima-Costa et al, 2003), apontando para melhores condições gerais de saúde. Essa interrupção foi significativamente mais frequente entre as mulheres, aumentou progressivamente com a idade, mas não diferiu entre idosos residentes em Belo Horizonte e nos demais municípios da região metropolitana.

A hipertensão arterial é o agravo mais comum entre idosos, estando associada ao acidente vascular cerebral, que é a principal causa de mortalidade de idosos brasileiros (Lima-Costa et al, 2004). Confirmando essas observações, a hipertensão arterial auto-referida foi a doença mais frequente na população estudada (51,5%), seguida pelas doenças da coluna ou das costas (26,5%), artrite (16,65%) e depressão (14,7%) (Ta-

TABELA 1
Prevalência e fatores associados à interrupção das atividades rotineiras por problemas de saúde nos últimos 30 dias entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte

| CARACTERÍSTICAS | SIM (%) | RP (IC 95%) |
|--------------------------------|---------|------------------|
| Município | | |
| Demais da Região Metropolitana | 11,8 | 1,0 |
| Belo Horizonte | 9,8 | 0,86 (0,65-1,13) |
| Sexo | | |
| Masculino | 12,4 | 1,0 |
| Feminino | 7,6 | 0,69 (0,51-0,92) |
| Faixa etária (anos) | | |
| 60-69 | 8,5 | 1,0 |
| 70-79 | 11,8 | 1,47 (1,09-2,00) |
| 80 + | 16,2 | 1,98 (1,38-2,83) |

%: calculada em relação ao total de idosos em cada categoria.

RP (IC 95%): Razão de prevalência e intervalo de confiança em nível de 95% ajustada por todas as variáveis listadas na tabela pela regressão de Poisson (intervalo de confiança robusto)

bela 2). Algumas dessas condições não são consideradas prioridades para a atenção à saúde do idoso. Os resultados deste trabalho são importantes para chamar a atenção para uma demanda ainda pouco reconhecida.

A prevalência de doenças crônicas foi alta na população estudada. Na Figura 1 pode-se observar que 64,7% dos idosos e 88,0% das idosas apresentavam pelo menos uma doença crônica previamente diagnosticada por um médico.

Capacidade funcional

A manutenção da capacidade funcional é um dos indicadores mais importantes do envelhecimento bem-sucedido. Ela é um componente central da saúde do idoso e tem sido muito importante para a formulação de novos conceitos como a "expectativa de vida ativa". A capacidade funcional pode ser determinada utilizando-se escalas como Atividades Instrumentais da Vida Diária e Atividades da Vida Diária. A primeira inclui

TABELA 2

Prevalência (%) das quatro doenças crônicas auto-referidas mais frequentes entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, segundo o sexo

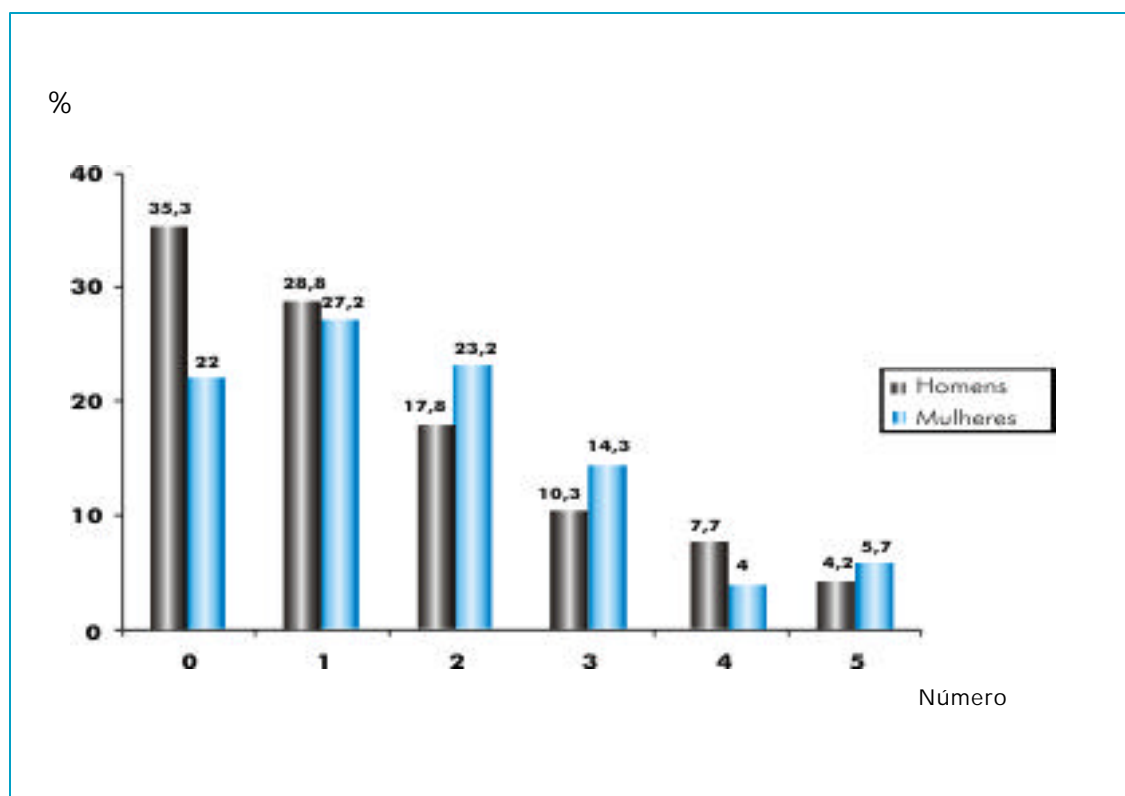
| DOENÇAS | TOTAL | HOMENS | MULHERES | RP (IC 95%) |
|--------------------------------|-------|--------|----------|------------------|
| Hipertensão (pressão alta) | 51,1 | 43,0 | 57,4 | 0,73 (0,66-0,81) |
| Doença da coluna ou das costas | 26,5 | 24,0 | 28,2 | 0,83 (0,70-0,98) |
| Artrite | 16,6 | 10,3 | 21,1 | 0,51 (0,40-0,65) |
| Depressão | 14,7 | 10,8 | 17,4 | 0,64 (0,50-0,82) |

%; calculada em relação ao total de idosos em cada categoria.

RP (IC 95%): Razão de prevalência e intervalo de confiança em nível de 95% ajustada por município de residência, sexo e faixa etária pela regressão de Poisson (intervalo de confiança robusto)

FIGURA 1

Número de doenças crônicas auto-referidas por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, segundo o sexo



atividades como preparo de alimentos e ir às compras. A última inclui atividades básicas, tais como tomar banho e alimentar-se. Ambas foram consideradas no presente trabalho.

A prevalência de incapacidade para realizar pelo menos uma entre as Atividades Instrumentais da Vida Diária consideradas neste estudo (realizar trabalhos domésticos, preparar alimentos, administrar o próprio dinheiro, tomar remédios, ir às compras e/ou tomar ônibus) foi observada em 16,2% dos idosos residentes na RMBH. Essa prevalência foi maior entre as mulheres, em comparação aos homens e aumentou progressivamente com a idade, mas não diferiu significativamente entre residentes no município de Belo Horizonte e nos demais municípios da região metropolitana (Tabela 3).

Com relação às Atividades da Vida Diária, observa-se que 5,5% dos idosos residentes na RMBH eram incapazes de alimentar-se, transferir-se da cama para um cadeira, caminhar em um mesmo andar, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro e/ou cuidar-se (pentear cabelo, escovar dente, etc.) sem a ajuda de outra pessoa. Essa prevalência não diferiu entre os municípios da RMBH, nem entre os sexos, mas aumentou significativamente e progressivamente com a idade. Extrapolando-se a prevalência acima mencionada para o conjunto da população idosa residente na RMBH, pode-se estimar a existência de cerca de 18.000 idosos, residentes na comunidade, com extremo grau de dependência na região metropolitana. Essa dependência exige a presença de um ou mais cuidadores para manutenção das atividades básicas do dia-a-dia do idoso. É necessário pensar o cuidador como parte da equipe de saúde, e treiná-lo adequadamente.

Estilo de vida relacionado à saúde

Os estilos de vida de uma população apontam para o futuro do estado de saúde dessa população. Antigamente, achava-se desnecessário investir em mudanças de hábitos dos idosos, uma vez que, acreditava-se, eventuais mudanças não teriam repercussões sobre a sua saúde. Pesquisas mais recentes mostram que isto não é verdade. Os riscos atribuíveis nessa faixa etária são mais altos devido à maior incidência de doenças, assim como a maiores riscos devido à duração dos hábitos. As atividades físicas representam um bom exemplo dessa situação. Os benefícios de se tornarem ativos fisicamente são maiores para os indivíduos mais velhos, em relação aos mais jovens. Isso acontece porque os idosos estão sob maior risco de desenvolver problemas de saúde que a atividade física é capaz de prevenir, tais como obesidade, hipertensão, diabetes, osteoporose, acidente vascular cerebral, depressão, câncer de cólon e morte prematura (Merck Institute of Aging and Health, 2004). Mais detalhes podem ser vistos em outras publicações (Lima-Costa, 2004 a,b).

Para o presente trabalho foram considerados quatro fatores de risco: consumo atual de cigarros (sim e não), consumo excessivo de bebidas alcoólicas (5 ou mais doses em uma única ocasião nos últimos 30 dias), consumo adequado de frutas, verduras ou legumes frescos (5 ou mais porções diárias) e atividades físicas adequadas nos momentos de lazer (exercícios diários ou quase diários por 20-30 minutos nos últimos 30 dias).

As prevalências observadas foram as seguintes: 12,8% fumavam atualmente, 15,4% eram bebedores excessivos, 4,3% consumiam frutas, verduras e legumes frescos na quantidade e frequências recomendadas

TABELA 3

Prevalência e fatores associados à incapacidade para realizar pelo menos uma entre seis atividades instrumentais da vida diária (*) entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte

| CARACTERÍSTICAS | SIM (%) | RP (IC 95%) |
|--------------------------------|---------|------------------|
| Município | | |
| Demais da Região Metropolitana | 15,0 | 1,0 |
| Belo Horizonte | 16,8 | 0,99 (0,78-1,24) |
| Sexo | | |
| Masculino | 20,3 | 1,0 |
| Feminino | 10,1 | 0,59 (0,45-0,76) |
| Faixa etária (anos) | | |
| 60-69 | 8,2 | 1,0 |
| 70-79 | 18,5 | 2,24 (1,67-3,00) |
| 80 + | 46,8 | 5,75 (4,36-7,57) |

*: Realizar trabalhos domésticos, preparar alimentos, administrar o próprio dinheiro, tomar remédios, ir às compras, tomar ônibus

%; calculada em relação ao total de idosos em cada categoria.

RP (IC 95%): Razão de prevalência e intervalo de confiança em nível de 95% ajustada por todas as variáveis listadas na tabela pela regressão de Poisson (intervalo de confiança robusto)

e 14,0% praticavam exercícios nos momentos de lazer, com a frequência e duração recomendados. Como era de se esperar, o consumo de fumo e álcool foi significativamente mais frequente entre os homens. O consumo adequado de frutas, verduras e legumes frescos foi maior entre as mulheres do que entre os homens, mas a diferença não foi estatisticamente significativa. Os homens praticavam mais exercícios nos momentos de lazer (Tabela 4).

O consumo excessivo de álcool observado entre idosos residentes na RMBH foi 1,9 vezes maior (15 vs 8%) que o observado entre idosos norte-americanos e o consumo diário de frutas, verduras e/ou legumes frescos foi 7,4 vezes menor (4 vs. 32%) (CDC, 2001). Em comparação a essa população, nossos resultados também são sugestivos de maior sedentarismo, pelo menos nos momentos de lazer, e de maior prevalência de fumantes atuais (13 vs. 10%, respectivamente). Esses resultados mostram uma população com alta prevalência de exposições de risco, indicando a urgência de medidas efetivas para promoção da saúde da mesma.

Uso de serviços preventivos de saúde

As doenças do aparelho circulatório e as neoplasias representam os dois principais grupos de causas de morte na população idosa brasileira (45% do total de óbitos). Entre as doenças do aparelho circulatório, as doenças cerebrovasculares e as doenças isquêmicas do coração são as duas causas de morte mais frequentes. Entre as neoplasias, predominam, entre os homens, as malignas da traquéia, brônquios e pulmões, seguidas pela da próstata. Entre as mulheres, predomina a neoplasia maligna da mama, seguida pela da traquéia, brônquios e pulmões. Os cânceres de

cólon, reto e ânus representam a quinta causa mais frequente de óbitos por neoplasias entre os homens, e a terceira entre mulheres idosas. O câncer de colo de útero ocupa a sexta posição entre as causas de mortalidade por neoplasias entre as mulheres idosas (Lima-Costa *et al*, 2004).

A detecção precoce, e conseqüente tratamento, pode reduzir a mortalidade por várias das causas acima mencionadas. Essa detecção é feita por meio de exames de rastreamento. De uma maneira geral, recomenda-se (Canadá, 2004; US, 2003): (1) a determinação da pressão arterial a cada dois anos, entre homens e mulheres > 20 anos de idade; (2) a dosagem de colesterol a cada cinco anos, entre homens > 35 anos e mulheres > 45 anos; (3) o exame de Papanicolau a cada três anos, entre mulheres > 18/20 anos de idade; (4) a pesquisa de sangue oculto nas fezes a cada dois anos, entre homens e mulheres > 50 anos de idade e (5) a mamografia a cada dois anos entre mulheres com 60-69 anos.

Como pode ser visto na Tabela 5, a prevalência de uso de serviços preventivos de saúde, com algumas exceções, é alta entre idosos residentes na RMBH. A cobertura da aferição da pressão arterial e do colesterol, nas frequências recomendadas, alcança a quase totalidade da população (98 e 96%, respectivamente), variando pouco entre os sexos. O exame de Papanicolau foi relatado por 68% das idosas e a mamografia por 65% daquelas com 60-69 anos de idade. Por outro lado, a pesquisa de sangue oculto nas fezes é pouco frequente (19%), tanto entre homens quanto entre mulheres.

As prevalências da aferição da pressão arterial e do colesterol, assim como do exame de Papanicolau, verificados neste trabalho foram muito semelhantes ao observado entre idosos norte-americanos (98%, 87% e 58-77%, respectivamente) (CDC, 2001, 2002). Por

TABELA 4
Prevalência (%) de fatores de risco selecionados entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, segundo o sexo

| HÁBITOS | TOTAL | HOMENS | MULHERES | RP (IC 95%) |
|---|-------|--------|----------|------------------|
| Fumantes atuais | 12,8 | 19,6 | 8,1 | 2,44 (1,86-3,19) |
| Consumo excessivo de álcool (5 ou mais drinques em uma ocasião nos últimos 30 dias) | 15,4 | 27,0 | 7,3 | 3,43 (2,64-4,45) |
| Consumo diários de 5 ou mais porções de frutas, verduras ou legumes frescos | 4,3 | 3,0 | 5,2 | 0,70 (0,43-1,14) |
| Exercícios diários ou quase diários por 20-30 minutos nos últimos 30 dias, durante os momentos de lazer | 14,0 | 17,8 | 11,3 | 1,56 (1,22-2,00) |

%: calculada em relação ao total de idosos em cada categoria.

RP (IC 95%): Razão de prevalência e intervalo de confiança em nível de 95% ajustada por município de residência, sexo e faixa etária pela regressão de Poisson (intervalo de confiança robusto)

outro lado, a prevalência da pesquisa de sangue nas fezes e da mamografia foram mais baixas que o observado naquela população (cerca de 35% e 75%, respectivamente) (CDC, 2001, 2002).

Como ressaltado em ocasião anterior (Lima-Costa, 2004 c), a incidência de câncer de mama aumenta com a idade, e a efetividade da mamografia para a redução da mortalidade por essa causa aos 60-69 anos de idade encontra-se bem estabelecida (Canadá, 2003); alguns consideram que ela possa ser efetiva mesmo após os 70 anos de idade (US, 2003). A efetividade da pesquisa de sangue oculto nas fezes para a prevenção de câncer de cólon está também bem estabelecida. Desta forma, os resultados deste trabalho apontam para a necessidade de: (1) ampliar o uso da mamografia entre idosas e (2) medidas prementes para aumentar a cobertura da pesquisa de sangue oculto nas fezes.

Acesso, uso e avaliação dos serviços

Os idosos são grandes usuários de serviços de saúde devido ao aumento da prevalência de doenças e condições crônicas nas faixas etárias superiores. Para este trabalho foram selecionados alguns indicadores de acesso, uso e a avaliação de serviços de saúde pelos seus usuários. A esses acrescentou-se a fonte da atenção à saúde. Desta forma foram considerados: (1) procura por atenção à saúde ("você procurou algum serviço ou profissional para atendimento relacionado à sua saúde nas duas últimas semanas?"); (2) acesso ao atendimento em resposta a essa procura ("foi atendido na primeira vez que procurou esse atendimento?"); (3) local da procura de atendimento ("onde procurou o primeiro atendimento à saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas?"); (4) número de consultas médicas ("nos últimos 12 meses, quantas vezes consultou um médico?"); (5) número de hospitalizações ("nos úl-

timos 12 meses, quantas vezes esteve internado em um hospital por pelo menos uma noite, por qualquer motivo?"; (6) queixas quando se necessita de atendimento médico (em geral, qual é a coisa que mais lhe desagrada quando você precisa de serviços médicos?); (7) recomendação para outra pessoa da atenção à saúde recebida ("você recomendaria para outra pessoa os médicos, profissionais ou serviços de saúde utilizados nos últimos 12 meses?"); (6) filiação a plano privado de saúde ("você tem algum plano privado de saúde?"). A análise foi realizada examinando-se diferenciais entre municípios (Belo Horizonte vs. outros da região metropolitana). Mais detalhes estão apresentados em outra publicação (Lima-Costa, 2004 a).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD), em 1998, mostraram que 21,5% dos idosos brasileiros haviam procurado por atenção à saúde nas duas semanas anteriores (Lima-Costa *et al*, 2003). Na Tabela 6 pode ser observado que a procura por atenção à saúde foi mais alta, tanto entre idosos residentes em Belo Horizonte quanto entre aqueles residentes nos demais municípios da RMBH. Em Belo Horizonte, os locais mais procurados foram o Posto ou Centro de Saúde e o médico particular. Nos demais municípios da RMBH, os principais locais de procura foram Posto ou Centro de Saúde e Hospital. O acesso ao atendimento quando da primeira procura foi alto nas duas populações (96,0% e 91,7%, respectivamente), sobretudo em Belo Horizonte.

A PNAD mostrou que 28% dos idosos brasileiros não haviam consultado um médico nos últimos 12 meses (Lima-Costa *et al*, 2003). No presente trabalho, a prevalência de consultas médicas foi mais alta. Somente 6,2% dos idosos residentes em Belo Horizonte e 10,9% dos residentes nos demais municípios da região metropolitana não haviam consultado um médico no

TABELA 5

Prevalência (%) de uso de alguns serviços preventivos de saúde entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, segundo o sexo

| HÁBITOS | TOTAL | HOMENS | MULHERES | RP (IC 95%) |
|---|-------|--------|----------|------------------|
| Pressão arterial aferida nos últimos 2 anos | 97,7 | 96,2 | 98,8 | 0,98 (0,97-1,00) |
| Colesterol aferido nos últimos 5 anos | 95,9 | 97,0 | 94,3 | 0,97 (0,95-0,99) |
| Pesquisa de sangue oculto nas fezes nos últimos 2 anos | 18,4 | 17,3 | 19,1 | 0,98 (0,76-1,25) |
| Exame de Papanicolau nos últimos 3 anos | - | - | 67,5 | - |
| Mamografia nos últimos 2 anos (somente 60-69 anos de idade) | - | - | 65,0 | - |

%: calculada em relação ao total de idosos em cada categoria.

RP (IC 95%): Razão de prevalência e intervalo de confiança em nível de 95% ajustada por município de residência, sexo e faixa etária pela regressão de Poisson (intervalo de confiança robusto)

período correspondente. Cerca da metade dos participantes deste trabalho haviam tido três ou mais consultas médicas no ano anterior (Figura 2).

Ainda com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios, verifica-se que 86,4% dos idosos brasileiros não haviam sido hospitalizados no ano anterior, ao passo que 9,3% e 4,3% haviam sido hospitalizados uma e duas ou mais vezes, respectivamente (Lima-Costa *et al*, 2003). Os resultados correspondentes para o município de Belo Horizonte e para os demais municípios da RMBH foram muito semelhantes (Figura 3).

A proporção de idosos filiados a plano privado de saúde foi cerca de duas vezes maior em Belo Horizonte do que no restante da RMBH (Figura 4). É

interessante observar que a proporção de idosos filiados a plano privado de saúde no restante da RMBH foi muito semelhante à observada para a população idosa brasileira (26,9%) (Lima-Costa *et al*, 2003).

Quarenta e quatro por cento dos idosos residentes em Belo Horizonte e 65,8% dos residentes nos demais municípios da região metropolitana relataram alguma queixa quando precisavam de atendimento médico. A principal queixa foi fila (25,3% e 42,8%, respectivamente). A queixa subsequente foi dificuldade para encontrar um médico quando necessário (7,2% e 9,1%, respectivamente) (Tabela 7)

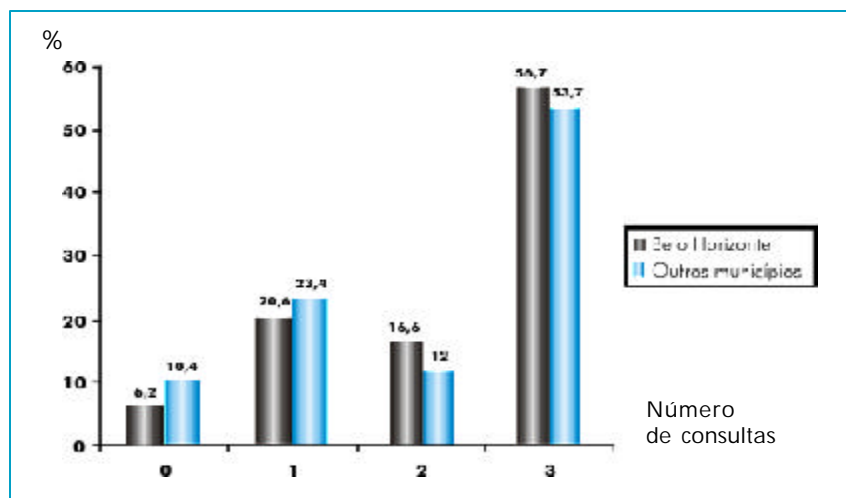
Apesar das queixas acima mencionadas, cerca de 2/3 dos participantes deste trabalho recomendariam, para outra pessoa, todos ou a maioria dos pro-

TABELA 6
Procura por atenção à saúde, acesso e local procurado por idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, segundo o município

| CARACTERÍSTICAS | MUNICÍPIO | |
|--|--------------------|--------------------|
| | BELO HORIZONTE (%) | OUTROS DA RMBH (%) |
| Procura por atendimento à saúde nas duas últimas semanas | | |
| Não | 63,5 | 70,3 |
| Sim | 36,5 | 29,7 |
| Local onde primeiro procurou atendimento * | | |
| Posto ou Centro de Saúde | 33,9 | 55,4 |
| Hospital | 19,7 | 22,2 |
| Médico particular | 29,0 | 13,4 |
| Outro local | 17,5 | 9,0 |
| Foi atendido quando na primeira procura * | | |
| Não | 4,0 | 8,3 |
| Sim | 96,0 | 91,7 |

*: calculada em relação ao total de idosos em cada categoria.

FIGURA 2
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, segundo o município



fissionais ou serviços de saúde recebidos nos últimos 12 meses (Figura 5).

De uma maneira geral, os resultados apresentados nessa seção apontam para uma melhor performance dos indicadores de acesso e uso de serviços de saúde (maior procura e maior número de consultas médicas) na RMBH, sobretudo em Belo Horizonte, em comparação ao conjunto da população idosa brasileira. O Posto ou Centro de Saúde era a referência mais importante para essa população.

Apesar desses dados positivos, verifica-se uma alta prevalência de queixas dos idosos quando necessitam de serviços médicos, sendo as filas a principal de-

las. Mas, quando o atendimento era efetuado, a avaliação era melhor, uma vez que a maioria recomendaria para outra pessoa os profissionais e/ou os serviços nos quais foram atendidos.

Para finalizar, cabe ressaltar a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para o atendimento à saúde da população idosa residente na RMBH. Essa dependência é maior nos demais municípios que compõem a Região Metropolitana, onde 75% dependem exclusivamente do sistema público de saúde, mas não é desprezível no município de Belo Horizonte, onde cerca da metade dos idosos não possui outra fonte de atenção médica, além do SUS.

FIGURA 3
Número de hospitalizações nos últimos 12 meses entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, segundo o município

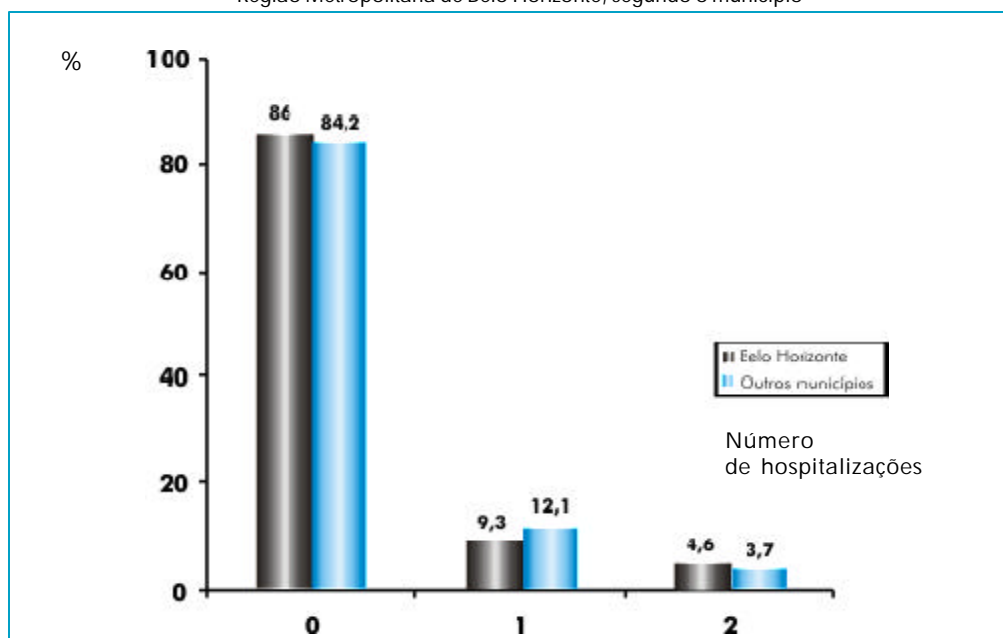


FIGURA 4
Filiação a plano privado de saúde entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, segundo o município

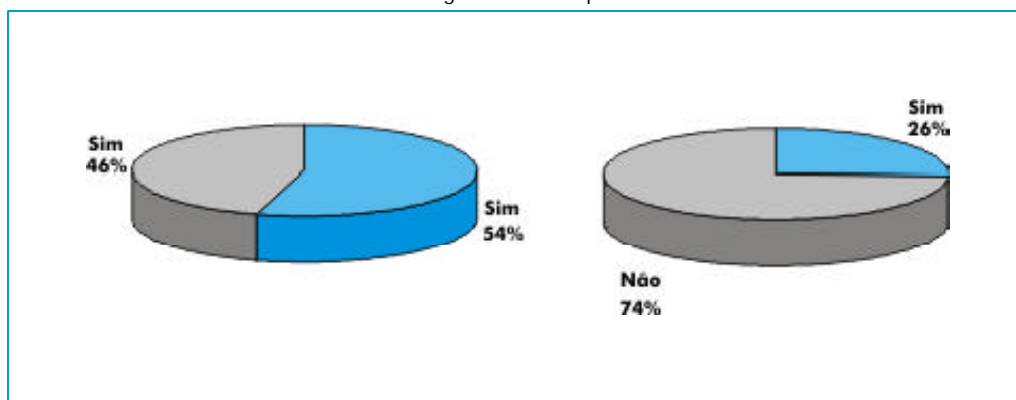


TABELA 7

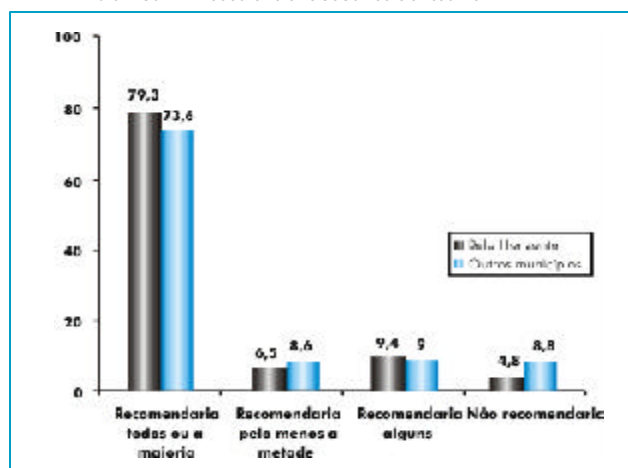
Principal queixa quando se precisa de atenção médica entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, segundo o município

| QUEIXA | BELO HORIZONTE (%) | OUTROS DA RMBH (%) |
|--|--------------------|--------------------|
| Sem queixa | 56,0 | 34,2 |
| Dificuldade para marcar consulta devido a fila | 25,3 | 42,8 |
| Dificuldade para encontrar um médico quando precisa | 7,2 | 9,1 |
| Preço da consulta | 5,5 | 6,0 |
| Difícil acesso ao local de atendimento (sem transporte ou longe de casa) | 4,4 | 5,9 |
| Outra | 1,5 | 2,0 |

%. calculada em relação ao total de idosos em cada categoria

FIGURA 5

Recomendação para outra pessoa da atenção à saúde recebida nos últimos 12 meses entre idosos residentes na RMBH



ABSTRACT

The objective of this study was to describe health conditions, physical functioning, selected lifestyles, preventive health care use, as well as health services utilization and evaluation among older adults living in the Metropolitan Area of Belo Horizonte (RMBH). The study was based on 1777 individuals > 60 years old from the RMBH Health Survey. The prevalence of inability to perform routine activities due to health problems in the study population (10.5%) was smaller than the observed among Brazilian older adults, indicating better health conditions. The most frequent self-referred diseases were hypertension, back pain, arthritis and depression. The inability to perform one out of six Activities of Daily Living, which characterizes extreme dependency, was 5.5%. The results showed high prevalence of binge drinking and sedentarism, and very low prevalence of adequate consumption of fresh fruit or vegetables. Preventive health care use ranged from high (blood pressure and cholesterol checking, and Papanicolau examination) to reasonable (mammo-graphy) and very low (blood in stools), indicating the urgent need of effective health promotion measures for this population. As rule, the results pointed out a better performance of health services (access and doctors visits) in the RMBH, mainly in Belo Horizonte, in comparison with the rest of the country. The "Posto / Centro de Saúde" was the most important reference. Despite these positive data, it was found a high prevalence of complains when medical assistance was needed, mainly due to queues. The dependency of the health public system (SUS) for the older population was remarkable. This was higher for those living in the other municipalities of the RMBH, where 75% did not have private health plan, but it was not less important in Belo Horizonte, where around half of the older adult population depend exclusively of the public services for health assistance.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 1992. Censo Demográfico, 1991. Rio de Janeiro; IBGE.
- IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2002. Censo Demográfico, 2000. Rio de Janeiro; IBGE.
- Lima-Costa MF, Peixoto SWV, Giatti L. Tendências da mortalidade entre idosos brasileiros (1980-2000). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13: 217-228, 2004.
- Loyola Filho AI, Matos DL, Giatti L, Afradique ME, Peixoto SV, Lima-Costa MF. Causas de internação hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13: 229-238, 2004.
- Peixoto SV, Giatti L, Afradique ME, Lima-Costa MF. Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13: 239-246, 2004.
- Lima-Costa MF. Lima-Costa MF. A Saúde dos Adultos na Região Metropolitana de Belo Horizonte: um estudo epidemiológico de base populacional. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE: FIOCRUZ/UFMG), 2004a
- Barros AJD & Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology* 3: 21, 2003
- Stata Statistical Software (computer program). 2001. Release 7.0. College Stations. Stata Corporation, Texas.
- Lima-Costa MF, Barreto SM & Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio (PNAD 98). *Cadernos de Saúde Pública*, 19: 735-743, 2003.
- Lima-Costa MF. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13: 201-208, 2004b.
- Merck Institute of Aging & Health. The Satete of Aging and Health in America, 2004.
- Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral Risk Factor Surveillance: BRFSS [acessados durante os anos de 2001 e 2002 para informações relativas a 2001 e 2002] [on line].
- U.S. Preventive Services Task Force [homepage on the Internet][acessado no ano de 2003 para informações relativas a 2003].
- Canada. Canadian Task Force on Preventive Health Care Force . [homepage on the Internet][acessado no ano de 2003 para informações relativas a 2003].
- Lima-Costa MF. Influência da idade e da escolaridade no uso de serviços preventivos de saúde - Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 13: 209-216, 2004 c.

A rede pública de instituições de longa permanência para idosos em Belo Horizonte - elementos do financiamento e do atendimento -¹

MÁRCIA LUIZA GONÇALVES DE PAULA*

1. Introdução

A recente legislação de proteção do idoso, no Brasil, tem demonstrado uma grande possibilidade de interferir positivamente nas formas de proteção para o segmento e parece relevante verificar em que medida a atuação do Estado brasileiro tem-se comportado para fazer frente aos ditames legais.²

A apropriação do tema do envelhecimento pelas políticas públicas é recente e decorre da alteração do contingente de idosos na população mundial. As mudanças ocorridas na estrutura populacional - crescimento exponencial da população brasileira de 60 e mais anos de idade, longevidade e queda da fecundidade - estão acarretando uma série de conseqüências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas, para as quais o país não está devidamente preparado.

Essas mudanças têm pressionado a inclusão do tema na agenda de prioridades do governo, demandando políticas públicas eficazes e oportunas de proteção social, que garantam os direitos sociais inscritos no sistema legal e as recomendações internacionais, impedindo um grave transtorno social futuro. Esse artigo focaliza a rede pública de atendimento ao idoso em Belo Horizonte, com ênfase em dois pontos: o financiamento e as condições de atendimento, buscando mapear a distância entre o plano legal e a realidade efetivamente existente.

2. A busca por melhores padrões

No Brasil, os mecanismos de assistência ao idoso nasceram e se desenvolveram independentemente das ações governamentais diretas: os asilos constituíram iniciativa da caridade, normalmente mantidos por congregações religiosas e destinados aos idosos com alto grau de dependência física e material, em etapa terminal de vida, constituindo-se em "um lugar para morrer". Tradicionalmente, o atendimento em instituições de longa permanência para os idosos em situação de abandono e/ou pobreza, no município de Belo Horizonte, deu-se como mera concessão de caridade de instituições filantrópicas, na quase totalidade, instituições ligadas à Sociedade São Vicente de Paulo. Esse atendimento, mesmo

RESUMO

As mudanças na legislação de proteção do idoso, no Brasil têm pressionado a inclusão deste tema na agenda de prioridades do governo, demandando políticas públicas eficazes e oportunas de proteção social, que garantam os direitos sociais inscritos no sistema legal e as recomendações internacionais, impedindo um grave transtorno social futuro. Esse artigo focaliza a rede pública de atendimento ao idoso em Belo Horizonte, com ênfase em dois pontos: o financiamento e as condições de atendimento, buscando mapear a distância entre o plano legal e a realidade efetivamente existente.

Esta mesma legislação tem, também, demonstrado uma grande possibilidade de interferir positivamente nas formas de proteção para o segmento e parece relevante verificar em que medida a atuação do Estado brasileiro tem-se comportado para fazer frente aos ditames legais.

As mudanças ocorridas na estrutura populacional - crescimento exponencial da população brasileira de 60 e mais anos de idade, longevidade e queda da fecundidade - estão acarretando uma série de conseqüências sociais, culturais, econômicas, políticas e epidemiológicas, para as quais o país não está devidamente preparado. Em Belo Horizonte, com a criação da Diretoria do Idoso, em 1997, as políticas destinadas ao segmento passaram a ocupar um lugar de destaque na na Administração Pública municipal.

ocorrendo de forma precária, atenuou tanto a demanda por tais serviços quanto a responsabilidade social do Estado, postergando a estruturação de serviços adequados.

Em Belo Horizonte, até 1997, os serviços assistenciais para idosos faziam parte das "Políticas Especiais", da Secretaria Municipal do Desenvolvimento Social - SMDS. Com a criação da Diretoria do Idoso, em 1997, as políticas destinadas ao segmento passaram a ocupar um lugar de destaque na SMDS e também na Administração Pública municipal.³

A partir de 2000, sob a interferência do Ministério Público, as políticas para o idoso, na capital, ganharam maior institucionalidade. Principalmente a partir da criação da Promotoria de Justiça de Defesa dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência e Idosos. Hierarquicamente subordinada à Promotoria de Defesa do Cidadão da Capital, desde então, a Promotoria do Idoso estabeleceu como prioridade o atendimento nas Institui-

*Farmacêutica com mestrado em Administração Pública-Gestão de Políticas Sociais - TAE no CEFET-MG.

¹ Esse artigo é parte da dissertação de mestrado (Mestrado em Administração Pública da Escola de Governo da Fundação João Pinheiro) defendida pela autora sob a orientação de Carla Bronzo Ladeira Carneiro, em abril de 2005.

² Desde a Constituição de 1988, os idosos aparecem como sujeitos de políticas, tendo seus direitos detalhados na LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social - Lei n. 8.742/93), reafirmados na PNI (Política Nacional do Idoso - Lei n. 8.842/94) e no Estatuto do Idoso - Lei n. 10.741/03.

³ Aparentemente, a política municipal para o idoso, no município de Belo Horizonte vem-se conformando desde então e ganhando profundidade

ções de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e iniciou um levantamento das instituições da capital.⁴ O instrumento utilizado para viabilizar a adesão dos diferentes setores envolvidos foi o Termo de Ajustamento de Conduta - TAC, instituído em 2003. A atuação da Promotoria também estende-se para a construção dos "Fluxos de Atendimento", que visa à Implantação do Estatuto do Idoso em Belo Horizonte.

De acordo com técnicos do Centro de Apoio da Promotoria do Idoso, o trabalho iniciado em 2000 teve um caráter educativo e informativo e visava a melhoria dos serviços ofertados nas ILPIs, o que constituía queixas constantes na Promotoria. Considerando que não existia (e ainda não existe) uma regulamentação prévia para a abertura de instituições de abrigo de idosos,⁵ a intervenção do Ministério Público se fez em todas as instituições levantadas no município - filantrópicas ou não - e através de um roteiro preestabelecido,⁶ os técnicos tomaram conhecimento de problemas relativos à documentação e das reais condições de funcionamento.

Em Belo Horizonte, como em outros municípios, só se cobra dessas entidades o alvará de funcionamento, no momento da fiscalização, após o início das atividades. Assim, é comum a instituição "abrir suas portas" e a partir da notificação da fiscalização ir se "adaptando". Isso é, começar a funcionar e ir cumprindo "devagar" as exigências dos órgãos públicos em relação à estrutura física, higiene, conservação de alimentos e outros itens relacionados à qualidade do atendimento, até preencherem a totalidade dos requisitos para conseguir o alvará. As piores condições de funcionamento das ILPIs da capital foram detectadas nas filantrópicas. A maioria desconhecia as determinações da LOAS e da PNI, adotavam a caridade como diretriz e não possuía recursos para processar as melhorias identificadas pela Promotoria e Vigilância Sanitária.⁷ Apesar dos avanços em relação ao

atendimento nas ILPIs, dificuldades se estabelecem, principalmente na questão do financiamento.

3. Financiamento público nas Instituições de Longa Permanência conveniadas

Em Belo Horizonte são 24 instituições de longa permanência conveniadas com a Prefeitura, que recebem recursos *per capita* para atendimento e atenderam a 1.052 idosos institucionalizados, em 2004.

O financiamento da política de assistência social, por determinação da LOAS e regulamentação posterior, deve ser feito com a alocação de recursos das três esferas de governo. Com a municipalização, nos anos 90, o valor da participação da esfera municipal, em BH, por idoso dependente ou independente, foi estabelecido em 18,00 reais. Esse valor só foi alterado em janeiro de 2004, após várias negociações entre os representantes do segmento (Movimento de Luta Pró-idoso, Centro de Referência, Grupos de Convivência e representantes das ILPI), via Conselho Municipal do Idoso (CMI), e a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS). O valor do *per capita* municipal repassado às ILPIs a partir de janeiro de 2004, é de R\$ 27,80 (vinte e sete reais e oitenta centavos) para idosos independentes e R\$ 60,85 (sessenta reais e oitenta e cinco centavos) para os dependentes. Esses valores complementam a verba da União e são depositados mensalmente na conta das instituições conveniadas.

Assim, o financiamento das ILPI conveniadas é feito a partir do repasse de recursos federais e municipais: verba das cotas do *per capita* da Secretaria Municipal de Assistência Social e das cotas do *per capita* de alimentos da Secretaria Municipal de Abastecimento.⁸

Segundo levantamentos realizados (PAULA, 2005) o custo médio mensal atual de manutenção de um

diante da continuidade da Administração municipal, desde o governo de Patrus Ananias com Célio de Castro como vice, sua eleição (de Célio de Castro), em 1996 e reeleição em 2000, tendo Fernando Pimentel como vice-prefeito e depois como prefeito do município. A Lei Municipal n. 7.930, de 30 de dezembro de 1999, estabeleceu a Política Municipal do Idoso.

⁴ De acordo com os técnicos da Promotoria do Idoso da Capital, o levantamento se deu com dados do Conselho da Assistência, lista telefônica, pesquisa de campo e informações de particulares, só assim, foi possível mapear as ILPIs existentes na Capital. Em seguida a esse levantamento, a Promotoria elaborou um projeto de acompanhamento e fiscalização das ILPS com instruções referentes à documentação necessária ao funcionamento e à melhoria dos serviços ofertados. Foram elaborados e enviados documentos ao Poder Público municipal com recomendações para a melhoria da qualidade do atendimento nas ILPIs e, também, aos hospitais públicos e particulares, conveniados ao SUS, visando à melhoria do atendimento e da internação de idosos. Em outra iniciativa a Promotoria criou em parceria com a Diretoria do Idoso um banco de dados da legislação referente aos direitos desse segmento.

⁵ Este fato proporcionava e ainda proporciona condições diversas no funcionamento destas instituições que, na maioria das vezes, se apresentavam em condições inadequadas e enfrentaram dificuldades de adequação.

⁶ O roteiro foi elaborado em parceria com a Vigilância Sanitária e foram considerados quesitos relativos à condições de moradia (acessibilidade, segurança, privacidade); de saúde (limpeza e higiene, alimentação fornecida aos idosos, medicamentos, presença de equipe de saúde própria); de assistência social (benefícios previdenciários, assistenciais e recursos governamentais); de integração social (desenvolvimento de atividades culturais, de lazer e de programas de manutenção dos vínculos familiares dos institucionalizados, o estado emocional dos idosos, a adaptação no processo de institucionalização, os programas de capacitação e treinamento dos funcionários, a regulamentação legal da instituição para funcionamento e documentos relativos aos idosos).

⁷ Segundo os técnicos, o atendimento oferecido era de tal precariedade que, ao não conseguir se adaptar às exigências do Ministério Público e da Vigilância Sanitária, a própria instituição optava por encerrar suas atividades. Desde o início da intervenção em 2000, até o encerramento do "Diagnóstico" em 2002, seis instituições particulares e duas filantrópicas encerraram suas atividades. Os idosos das duas filantrópicas foram transferidos para outras ILPIs da rede conveniada com a Prefeitura.

Composição do financiamento público nas ILPI conveniadas à PBH/2004

| Origem da verba pública | Valor mensal |
|---|---------------|
| Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) | R\$ 27.719,50 |
| Secretaria Municipal de Abastecimento (SMAB) ⁹ | R\$ 47.340,00 |
| Ministério do Desenvolvimento Social (União) | R\$ 9.425,05 |
| Total | R\$ 84.484,55 |

idoso institucionalizado, conforme estimativa da Promotória do Idoso é de R\$ 450,00. Consideramos o valor da participação do idoso no financiamento em torno de 70% do valor de um salário mínimo.

Tendo como base esta simulação, o valor da contribuição vinda de recursos públicos - Federal, SMAS e SMAB - cobrem somente 18% e a contribuição dos internos cobrem em torno de 40% dos "custos estimados". Tais recursos (públicos e contribuição do salário dos idosos) cobrem cerca de 58% dos "gastos estimados". Sendo assim, existe um déficit em relação aos recursos financeiros estimados para a manutenção do idoso, de aproximados 42% .

Os recursos financeiros estimados para a manutenção da rede conveniada, considerando o valor médio de R\$ 450,00 por institucionalizado, atingem o valor de R\$ 473.000,00 mensais. Partindo desta simulação seria necessário um acréscimo mensal da ordem de R\$ 200.000,00 ao montante dos recursos públicos atuais (em torno de R\$ 84.500,00) e da contribuição dos institucionalizados (em torno de R\$ 191.500,00), para dar conta dos gastos estimados nas instituições conveniadas, sem contar a grande dificuldade financeira e a necessidade de verbas públicas da maioria das filantrópicas que não conseguiram se conveniar e, também, a necessidade de melhoria dos equipamentos para processar o atendimento adequado.¹⁰

4. Atendimento nas instituições: elementos para além do déficit de financiamento

Pesquisa realizada em 20 das 24 ILPIs conveniadas à PBH verificou que as instalações físicas, na grande maioria das vezes, são inadequadas. Trata-se de residências adaptadas, com construções verticais de

Gasto estimado, composição do financiamento da rede pública de ILPIs de BH e o déficit estimado

| Valor mensal estimado para a manutenção das ILPI (1.052 internos com custo mensal estimado em R\$ 450,00) | Verbas públicas mensais | Contribuição dos internos (70% do salário mínimo de 1.052 internos) | Déficit |
|---|-------------------------|---|-----------------|
| R\$ 473.400,00 | R\$ 84.484,55 | R\$ 191.464,00 | -R\$ 197.451,45 |

difícil acesso, com escadas enormes, pouca ou nenhuma área verde no entorno ou sem qualquer pátio de fácil acesso ao idoso para o banho de sol e/ou para as atividades ao ar livre, tão necessário à saúde física (prevenção da osteoporose, por exemplo) e psíquica e mesmo, como ambiente para puro lazer e descanso à sombra de árvores e com jardins floridos (por que não?).

Assim, além da aparência da maioria das instituições não causar boa impressão, elas são pouco adequadas a uma estadia segura, confortável e prazerosa. Na maioria das instituições, os quartos são coletivos, variando de dois a até 20 idosos por ambiente. Apenas duas das instituições visitadas tinham quartos individuais. Nas ILPI que possuem quartos individuais, eles são bem "diferenciados" e refletem padrões diferentes de atenção. Em uma delas (de menores recursos) os quartos são uniformes; já na outra, eles variam em tamanho e localização e configura diferenciação de atendimento dentro da mesma instituição.

Todos os idosos entrevistados, capazes de expressar sua vontade, gostariam de estar em um quarto individual e ter mais espaço para transitar. Associa-se a isso o incômodo causado pela interferência excessiva dos companheiros de quarto e dos funcionários que vão ao quarto, várias vezes, para atender às necessidades de cada um. Sendo assim, a aglomeração de idosos em um mesmo quarto gera descontentamento entre os idosos e as queixas se referem à falta de individualidade/privacidade e a ausência do sentimento de posse sobre seu espaço e seus pertences é a queixa mais freqüente.

Percebe-se que a falta de espaço próprio e, portanto, a precariedade em termos de referências pessoais

⁹ Conforme dados da Gerência de Políticas para Idosos - GEPID/SMAS, a partir de janeiro de 2004, o valor mensal do repasse destinado à rede conveniada soma R\$ 84.484,55 (oitenta e quatro mil, quatrocentos e oitenta e quatro reais e cinquenta e cinco centavos): R\$ 9.425,05 (nove mil quatrocentos e vinte e cinco reais e cinco centavos) vêm da União (verba federal) - R\$27.719,50 (vinte e sete mil setecentos e dezenove reais e cinquenta centavos) da SMAS - R\$47.340,00 (quarenta e sete mil, trezentos e quarenta reais) se estima para o repasse mensal da SMAB (Secretaria Municipal de Abastecimento), a cota do *per capita* de alimentos (em gêneros alimentícios) é estimada pela gerência em aproximados R\$45,00 (quarenta e cinco reais) mensais. O número de beneficiários das cotas dos *per capitas* das verbas públicas é de 1052 (um mil e cinquenta e dois) idosos dependentes e independentes nas vinte e quatro instituições da rede conveniada.

⁹ O valor da contribuição do *per capita*, via Secretaria Municipal do Abastecimento (SMAB), foi estimado a partir do valor de referência mensal, por idoso, fornecido pela Gerência de Políticas do Idoso, R\$45,00 (quarenta e cinco reais).

¹⁰ Em instituições bem estruturadas como, por exemplo, o Núcleo Assistencial Caminhos para Jesus, que apresenta um atendimento adequado, tanto para idosos independentes, quanto para os dependentes (possui na sua estrutura centro de atendimento semelhante a centro de tratamento intensivo de grandes hospitais), a manutenção de um idoso dependente, segundo seus administradores, pode chegar a R\$ 3.000,00 mensais ou até mais.

acentua as falhas de memória e as confusões, tão comuns nesta faixa etária. É provavelmente um ambiente individualizado, com fotografias e utensílios pessoais, que favoreça a reconstrução histórica de cada um e possa auxiliar na preservação da memória e na condição de bem estar do idoso.

Em todas as instituições visitadas sente-se a falta de espaços adequados para sessões de som e vídeos (salas com equipamentos e mobiliários adequados para apresentação de vídeos/filmes, seção de relaxamento, por exemplo). As televisões normalmente ficam nos refeitórios, presas a suporte no alto da parede, com difícil visibilidade e os assentos são desconfortáveis e impróprios para os idosos.

A qualificação e a quantidade de profissionais envolvidos no atendimento observado nas instituições da rede mostrou uma enorme diversidade. Poucas instituições são atendidas por um corpo adequado de profissionais (quantidade e qualificação) e contrastam com a maioria, carente neste item. No entanto, os profissionais entrevistados percebem melhorias significativas no atendimento, em decorrência dos cursos de capacitação ofertados aos profissionais, em atendimento ao TAC.¹¹ Contudo, foi comum encontrar instituições com um único cuidador para até 36 idosos ou, em que profissionais dos serviços gerais executam os cuidados com os idosos. Todos os envolvidos com o cuidado do idoso nas instituições reconhecem a importância de profissionais adequados, embora alguns considerem excessivas as cobranças dos órgãos em relação a este item, tendo em vista, principalmente, a falta de recursos financeiros.¹²

Em relação ao atendimento médico, a maioria conta com um médico próprio, que presta visitas semanais, quinzenais ou mensais e/ou quando solicitado e uma boa parte já recebe visitas periódicas do Programa Saúde da Família do SUS (Sistema Único de Saúde), acertada no TAC. No entanto, alguns dirigentes argumentaram que continuam tendo que arcar com os custos de um profissional médico no quadro da instituição, para atender às urgências e ainda para facilitar o fornecimento de atestado de óbito. Vários foram os relatos relativos a dificuldades extremas para conseguir o documento, quando não se contava com um médico no quadro da instituição.

Outro ponto refere-se à quantidade, à diversidade e à forma como é servida a refeição que, na maioria das vezes, não é agradável e os alimentos não se tornam atraentes ao paladar, ou são pouco diversificados. E, embora exista a capacitação da SMAB para nutrição e manuseio

de alimentos, a refeição é considerada pobre em nutrientes (muito carboidrato, pouca oferta de frutas, verduras e proteína). Conforme dados das entrevistas com vários idosos institucionalizados, o idoso não escolhe o que quer comer, normalmente não tem oferta de frutas, queijo, sobremesa ou café após as refeições, não pode repetir e nem permanecer no refeitório para uma prosa, uma música ou um jogo de cartas. Normalmente, todos voltam a seu andar e leito.

Assim, a maioria não se sente em casa, sente-se dependente de favores e infelizes. Quase sempre não reivindicam, porque não se consideram portadores de tal direito. Outros consideram que estar em um asilo é como ser descartado e não protegido. Em relação à manutenção dos vínculos familiares, apesar de lei priorizar a conservação/manutenção dos vínculos familiares, as dificuldades são extremas, na prática. Alguns idosos institucionalizados não têm famílias, a maioria destes não se casou, enviuvou-se e/ou perdeu o vínculo com os familiares antes da institucionalização ou mesmo foi encaminhado ao asilo por não poder contar com a assistência da família. Outro fator recorrente em relação a idoso que tem família é o ressentimento em relação, principalmente, aos filhos, que consideram "injustos" por encaminhá-los ao asilo. De acordo com os profissionais das instituições, a maioria das famílias não assiste adequadamente ao seu idoso.

Seu financiamento adequado, a maioria das instituições filantrópicas ainda funciona de forma precária, em construções adaptadas, pouco arejadas, com acomodações coletivas impróprias, sem espaço externo, espremidas em pequenos lotes, sem área verde e sem pátio adequado ao banho de sol ou mesmo a alguma atividade de lazer. Outras se assemelham mais a uma enfermaria de um hospital público, da década de 50, nas quais os internos não têm espaço que lhe favoreça ter identidade pessoal e/ou privacidade essencial a um "sobreviver".¹³ O déficit de financiamento tem levado algumas instituições ao encerramento de suas atividades.

5- Considerações conclusivas

Com base nesses dois elementos - financiamento e atendimento - evidencia-se que o acolhimento de idosos, em instituições de longa permanência/asilos, em BH, continua dependente das instituições de caridade e apesar de recentemente contarem com a participação do Estado, esta participação se dá de forma restrita e pontual, através de pequeno apoio financeiro. O Poder Pú-

¹¹ Constatada a baixa qualidade na maioria dos serviços ofertados nas ILPIs, a Promotoria do Idoso propôs ao Poder Público municipal, em 2003, o "Termo de Ajustamento de Conduta" - TAC de nº 018/2003. O Termo de Ajustamento de Conduta entre a Promotoria do Idoso e o poder público municipal de Belo Horizonte procurou conquistar e garantir melhorias no atendimento das instituições filantrópicas de longa permanência. Foram pactuados no TAC: visita quinzenal do Programa de Saúde da Família (PSF), capacitação de cuidadores, priorização no fornecimento, pelo SUS, dos medicamentos de uso contínuo, capacitação em nutrição e manejo de alimentos para os funcionários responsáveis pela cozinha. Para as conveniadas procurou-se garantir, também, o fornecimento contínuo de gêneros alimentícios, promoção de pequenas reformas arquitetônicas e o Programa Vida Ativa.

¹² A maioria das instituições da rede apresenta deficiência em relação ao número de cuidadores, se considerarmos o número de um cuidador para dez idosos independentes e um cuidador para cinco idosos dependentes sugeridos na proposta da ANVISA.

¹³ Existe na rede uma instituição em condições de extrema precariedade, em que a semelhança é de quase um presídio, em um terreno baldio,

blico municipal não estruturou um sistema de atenção que conduzisse a uma proteção estruturada do segmento. Apesar do avanço da legislação atual, não se configurou, ainda, uma estrutura adequada para a efetivação de uma política de garantia de direitos para o segmento, com financiamento suficiente que possibilite um atendimento com mais qualidade.

Apesar das recentes melhorias da qualidade do atendimento persiste uma queixa em relação ao processo no qual de se deu tal melhoria: para a maioria dos dirigentes das instituições deveria ter precedido um investimento público, técnico e financeiro, com a intenção de reestruturar/aparelhar as instituições às normas ideais de funcionamento, antes da intervenção do Ministério Público. Assim, da forma como se processou, a intervenção da Promotoria do Idoso impôs às instituições, que já cumpriam com a obrigação que seria do Poder Público, uma demasiada cobrança, sem oferecer apoio técnico e financeiro adequado. As novas exigências foram recebidas, pela maioria dos envolvidos com a assistência dos idosos nos asilos, como uma imposição e foram consideradas autoritárias e pouco democráticas, vieram como ordem das autoridades. No entanto, fica a questão: será que sem a interferência da Promotoria teríamos avançado no atendimento nas ILPI? Não seria mais lógico um processo mais democrático com um financiamento adequado? Será que sem a intervenção maciça da Promotoria do Idoso o Poder Público municipal processaria as melhorias no atendimento das ILPIs? E se as ILPIs parceiras decidirem encerrar suas atividades?

O sentimento é que a atuação da Promotoria do Idoso da capital desde 2001 e a proposição do Termo de Ajustamento de Conduta, em 2003, às Secretarias Mu-

nicipais relacionadas às políticas de proteção ao idoso têm desencadeado ações que marcaram alterações positivas nos serviços ofertados aos idosos na rede pública do município. No entanto, a realidade aponta para questões que devem ser superadas para que se transmute efetivamente, da caridade para a real garantia de direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BERQUÓ, Elza. Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, Anita Liberalesso e DEBERT, Guita Grin (Orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1998, p. 11-40.
- BRASIL-ANVISA. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições residenciais sob sistema participativo e de longa permanência para idoso. (consulta pública), nº 26 de 13 de abril de 2004. www.anvisa.gov.br
- BRASIL-Ministério das Relações Exteriores. Relatório Nacional sobre o Envelhecimento da População Brasileira. Brasília, 2002.
- BRASIL. Constituição Federal 1988
- BRASIL. Lei 8.742 de 07 de dezembro de 1993 (LOAS)
- BRASIL. Lei 8.842 de 04 de janeiro de 1994 (PNI)
- BRASIL. Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso)
- CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n.3. Rio de Janeiro, p. 773-781, maio-junho, 2003.
- CAMARANO, Ana Amélia (Org). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. IPEA, Rio de Janeiro, 1999.
- CONSELHO MUNICIPAL DO IDOSO DE BELO HORIZONTE. Reunions e atas de reuniões (de abril a setembro de 2004).
- DAVID, Ednalva M. G. Farias de. *Estatuto do Idoso: pontos fundamentais*. Brasília, Assembléia Legislativa, 2003.
- DEBERT, Guita Grin. A Construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, Anita Liberalesso e DEBERT, Guita Grin (Orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1998, p. 41-83.
- DRAIBE, Sônia M. Brasil, a proteção após 20 anos de experimentação reformista. *Revista Políticas Públicas: proteção e emancipação*. 2002
- GUIMARAES, Patrícia. Informações sobre o Conselho Municipal do Idoso. Entrevista concedida a PAULA, Márcia Luiza G. de. Belo Horizonte, Junho, 2004.
- KARSCH, Ursula. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 861-866, maio-jun., 2003.
- MOREIRA, Morvan de Mello. Mudanças estruturais na distribuição etária brasileira: 1950-2050. Disponível em <http://www.fundaj.gov.br/tpd/117a.html>. 10/03/04.
- NERI, Anita Liberalesso. *Qualidade de vida e idade madura*. In: NERI, Anita Liberalesso e DEBERT, Guita Grin (Orgs.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1998.
- ONU - Documento base da 2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da ONU - Madri, Abril de 2002.
- BELO HORIZONTE - PBH, Lei 7930/99 - Institui política municipal do idoso.
- PAULA, Márcia Luiza G. *Assistência ao idoso nas instituições de longa permanência /asilos na rede pública de Belo Horizonte: caridade ou garantia de direitos?* Dissertação de mestrado - escola de Governo, Fundação João Pinheiro, 2005
- PORTO, Mayla. *A política nacional do idoso: um Brasil para todas as idades*. ComCiência, Edição Velhice. Disponível em www.comciencia.br - 10/09/2002.
- SANTOS, Wanderley G. dos. *Cidadania e justiça: a justiça social na ordem brasileira*. Rio
- TEIXEIRA, Ana C. Chaves. *Ministério Público e a defesa de direitos*. Governo e Sociedade, Nº. 186, 2003.

ABSTRACT

Recent laws for protection of the elderly, in Brazil, have given a great opportunity to positively intervene in the forms of protection existing for this segment and therefore an evaluation of the extent in which the Brazilian Government has faced legal impositions seems to be relevant. Appropriation of the theme of Aging by public politics is recent and derives from the alteration in the elderly contingent within world population. Changes which occurred in populational structure: exponential growth of the Brazilian population aged 60 or above, longevity and decrease in fertility result in a number of social, cultural, economic, political and epidemiological consequences, for which the country is not duly prepared.

These changes make it urgent that the theme be included on the government's priority agenda, demanding efficient and opportune public politics for social protection, which warrant social rights inscribed in the legal system as well as international recommendations, therefore preventing a serious future social disturbance. This article focuses on the public network for assistance to the elderly in Belo Horizonte, emphasizing two items: financing and conditions of assistance, aiming at mapping the distance between the legal plan and reality as it actually exists.

com paredes de blocos sem revestimento, apenas com leve pintura, banheiros inadequados, sem revestimento na parede e com quartos coletivos de até 20 idosos. Esta instituição detém o convênio das trinta vagas emergenciais da PBH. De acordo com técnicos da Promotoria não foi a instituição indicada, porém, foi a que aceitou o valor pago pelo convênio.

Alternativas para o atendimento aos idosos

JANAÍNA TEIXEIRA NOGUEIRA*

Este relato é baseado em trabalhos realizados em diversas instituições, no Brasil e Itália, voltadas ao atendimento do público idoso. Foi elaborado a partir da experiência de um "animador de atividades de grupo"¹ para pessoas a partir da Terceira Idade, visando possibilitar maior valorização de alternativas eficazes e de baixo custo e ainda pouco difundidas em nossa sociedade.

Tais alternativas encontram-se implementadas com sucesso há bastante tempo em países desenvolvidos. Para melhor elucidação dos temas abordados, foram consultados autores com comprovada competência e experiência no setor de gerontologia e geriatria como Matheus Papaléo Netto, Peter Laslett e Renato Veras.

A experiência como animador de atividades de grupo para a Terceira Idade teve início com o programa de formação financiado pela Província de Bolonha e pelo Fundo Social Europeu para profissionais de saúde. Este programa visava à capacitação dos que exerciam a profissão de animador de grupo, sem formação adequada. As vivências relatadas ocorreram principalmente devido ao trabalho em uma instituição permanente e em parceria com um Centro-Dia, ambos localizados em Bolonha, em uma organização chamada Villa Arcobaleno.

Perfil do profissional

O animador de grupo está apto a:

- organizar atividades de grupo e terapias ocupacionais para amenizar a não auto-suficiência do idoso;
- criar momentos de encontro e promover iniciativas para favorecer: a) a recuperação da capacidade criativa; b) a "saída" de uma situação de problema psicológico; c) o relacionamento entre gerações; d) a participação na vida social e cultural evitando-se, de tal maneira, a perda da dignidade social.

Atualmente muito se fala na criação de novos serviços para o público a partir da Terceira Idade. O que se torna realmente indispensável devido à ampliação da expectativa de vida de idosos em todo o mundo. Segundo VERAS (2003) "A atual sociedade vem-se caracterizando por imensas transformações; a esperança de vida cresceu mundialmente cerca de 30 anos, neste último século. O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, está ocorrendo a uma velocidade sem precedentes. Em 1950, eram cerca de 204 milhões o número de idosos no mundo. Em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente já alcançava 579 milhões, o que significou um crescimento de quase 8 milhões de idosos por ano. As projeções indicam que em 2050, a população idosa será de 1900 milhões de pessoas".

Portanto, observamos que, independente do país, novas medidas devem ser tomadas. É o que se sugere é conscientizar os profissionais que lidam com os idosos do quanto pode ser feito, mesmo sem grandes investimentos financeiros.

RESUMO

Relato baseado em trabalhos realizados em instituições no Brasil e Itália, voltadas ao atendimento do público idoso. Foi elaborado a partir da experiência de um "animador de atividades de grupo" para pessoas a partir da Terceira Idade, visando possibilitar maior valorização de alternativas eficazes e de baixo custo e ainda pouco difundidas na sociedade. Tais alternativas encontram-se implementadas com sucesso há bastante tempo em países desenvolvidos.

As instituições permanentes, comumente chamadas de asilos, apesar de inseridas há muito na sociedade, ainda causam muitos constrangimentos. Familiares sentem-se culpados por esta "escolha". Geralmente a internação ocorre quando todos os outros recursos foram esgotados. A sociedade vê tais instituições como verdadeiros depósitos de velhos, que esperam com tristeza e monotonia o fim de seus dias. E esta imagem não está ligada direta e exclusivamente ao fator econômico. Algumas instituições privadas na Itália, por exemplo, voltadas para um público com alto poder aquisitivo, também dão essa impressão.

No Brasil, certas instituições, além de não promoverem nenhuma atividade de socialização, não proporcionam a realização de qualquer tipo de atividade conjunta entre homens e mulheres, nem mesmo as refeições. Na Itália, observando o jardim de uma das instituições, foi possível perceber o quanto isto se refletia na vida destes idosos que, mesmo em espaço aberto e neutro, não se misturavam: todos os homens ficavam de um lado e as mulheres do outro. A falta de sensibilidade dos profissionais envolvidos nesta instituição não contribui na promoção da socialização dos idosos que tendem a isolar-se.

A imagem descrita anteriormente está relacionada à inatividade. Segundo LASLETT (2002) "Algumas das ocupações e atividades da Terceira Idade podem prosseguir, mesmo quando o declínio físico é decisivamente avançado", pois o fato de envelhecer não está em nada relacionado à obrigatoriedade da inatividade.

O projeto Villa Arcobaleno

A inserção do serviço de animação nesta instituição não foi um trabalho fácil, mas muito compensador. O passo fundamental foi a conscientização de funcionários, familiares e comunidade local sobre a importância das atividades realizadas, e também a importância da participação de cada um neste novo projeto. É um fator que contribuiu muito para o trabalho foram as parcerias firmadas com o Centro-Dia, o Centro de Convivência, igrejas e escolas.

O projeto Arcobaleno iniciou-se a partir de uma parceria entre a instituição permanente e o Centro-Dia. Buscou-se a adesão da comunidade como base de apoio para a maior socialização, segurança e credibilidade do trabalho. A idéia inicial era integrar os usuários de ambos os serviços, desenvolvendo atividades nas quais os idosos dependentes e semidependentes pudessem participar juntos.

A integração foi além das expectativas. A princípio, as atividades unificadas se restringiam à ginástica, aos jogos e festas comemorativas. Devido à ótima aceitação e

* Auxiliar de Enfermagem com especialização em terapia ocupacional direcionada à Terceira Idade.

¹ Tradução para *Animatrice*, profissional de curso superior não catalogado no Brasil na área de Terapia Ocupacional e direcionado ao público idoso.

participação dos envolvidos, as atividades foram ampliadas a ponto de envolver membros da comunidade local. E, a partir deste momento, foram criados os elos intergeracionais, principalmente em situações concretas na escola, no voluntariado, igrejas e centros de convivência.

Experiências semelhantes de relacionamentos intergeracionais são relatadas em vários países, demonstrando o quanto esse tipo de relação é importante. Uma revista informativa do governo japonês (Japão Ilustrado, v. 11, n. 2, 1998) descreve uma experiência de intercâmbio entre uma residência para 100 idosos e um jardim de infância. Crianças e idosos foram observados e foi constatado que as primeiras tornaram-se mais interessadas no próximo, demonstraram mais compreensão e paciência pelos demais. Já os idosos, ficaram mais animados e apresentam significativa melhora na saúde.

No caso do projeto Arcobaleno, em atividades realizadas com os jovens da comunidade, foi observado que ao mesmo tempo em estes portavam linguagens (música, teatro, informática) e códigos próprios de sua geração, a partir da integração com os idosos, portadores de uma grande bagagem cultural e experiência, criou-se uma sinergia de valores comuns. Ambos foram beneficiados, principalmente os idosos, por sentirem-se parte ativa da sociedade.

Através do envolvimento com a comunidade é possível a realização de trabalhos com Centros-Dia e Centro de Convivência. Serviços como estes são de suma importância para o público da Terceira Idade. Segundo VERAS (2003): "O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade; mas tal, por si só, não é o bastante. É importante almejar uma melhoria da qualidade de vida para aqueles que já envelheceram ou que estão neste processo. Manutenção da autonomia e independência é tarefa complexa que resulta dessa conquista social". Em outras palavras, não basta viver vários anos sem que haja qualidade de vida necessária.

E para haver esta melhoria na qualidade de vida dos idosos, outros serviços alternativos à internação devem ser oferecidos, como os Centros de Convivência, já existentes no Brasil, e outros como os Centros-Dia, que, aos poucos, também vão surgindo. Estas são alternativas realmente válidas contra a institucionalização permanente, como comprovado, há tempos, em outros países.

Os Centros-Dia são estruturas semi-residenciais para pessoas idosas não auto-suficientes. Elas evitam a institucionalização do idoso, mantendo-o o maior tempo possível em seu âmbito familiar, oferecendo à família o apoio necessário à sua assistência. Os Centros-Dia têm também o objetivo de prevenir as conseqüências de um prolongado isolamento para aqueles que vivem sozinhos ou ficam sozinhos durante a maior parte do tempo. Estes idosos muitas vezes não possuem capacidades motoras e nem motivações para freqüentar autonomamente ambientes socializantes e necessitam de um contexto protegido. Os Centros-Dia favorecem também a recuperação, manutenção e melhoria da capacidade residual dos idosos em nível psicofísico.

As atividades do Centro-Dia são de assistência à saúde, assistência tutelar e serviços de alimentação, além de atividades ocupacionais, recreativas e culturais (atividades motoras, terapia de orientação, pequenos trabalhos manuais, jogos etc). Pequenas iniciativas capazes de inter-

ferir positivamente na qualidade de vida dos usuários. No projeto desenvolvido na "Villa Arcobaleno", através das associações que coordenam os Centros de Convivência, foi criada, por exemplo, uma "horta suspensa" com o objetivo de que participassem, inclusive, os idosos em cadeira de rodas. Observou-se, também, uma grande disposição por parte dos idosos do centro diurno em ajudar os da casa permanente. Estes, por sua vez, no convívio com aqueles mais independentes demonstraram mais felicidade e menos prostração, tornando-se mais participativos.

Os Centros de Convivência têm como objetivo evitar e prevenir eventuais situações de isolamento e marginalização, através da criação de um espaço de encontro e de iniciativas, em particular para pessoas idosas, visando a organização de serviços e desenvolvimento de programas recreativos, culturais sociais e de trabalho. Este último entendido como fator de agregação e socialização e não como ferramenta de caráter econômico individual. Nestes equipamentos os idosos são, ao mesmo tempo, destinatários e protagonistas dos serviços ofertados.

Na experiência relatada, os idosos das comunidades pertencentes ao Centro de Convivência organizavam as atividades a serem realizadas no Centros-Dia e na casa permanente. Como este Centro possuía um café-bar, totalmente administrado pelos próprios idosos, muitas vezes eram promovidos encontros como o "Chá da Amizade", em que eram programadas as atividades a serem realizadas. Um bom exemplo foi uma festa para as crianças da comunidade em que todos os preparativos (comida, enfeites, lembranças oferecidas etc.) foram confeccionados pelos idosos da casa permanente, do Centro-Dia e do Centro de Convivência, em conjunto.

O Brasil, como outros países em desenvolvimento, leva vantagens no que se refere à inserção de novas alternativas de serviços para o público idoso, pois várias delas já obtiveram resultados positivos comprovados em países mais desenvolvidos. Sem desprezar as diferenças socioeconômicas existentes, o que se pretende é assinalar as possibilidades de ações de baixo custo. Inclusive priorizando aquelas que proporcionam a participação da comunidade, da família e de equipes multiprofissionais, para um real atendimento global das necessidades dos idosos, promovendo-se, com isso, melhorias em sua qualidade de vida.

ABSTRACT

Report based on works performed in institutions in Brazil and Italy, geared to the assistance of the old aged public. It was elaborated, from the experience of "animador de atividades de grupo" (Team activities entertainer) for people from "Terceira Idade" (the Third Age), aiming at the valorization of efficient low cost alternatives and still little spread in community. Such alternatives have been implemented with success for a long time in developed countries.

BIBLIOGRAFIA:

- LASLETT, Peter. Uma Nuova Mappa Della Vita. Bolonha: IL Mulino, 1992.
- PAPALÉO, Matheus Netto. Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Ateneu, 2002.
- VERAS, Renato. A inclusão do cidadão de mais idade. Revista Terceira Idade, Ed. 28. Setembro-2003.

Como processo biológico, o envelhecimento é um fenômeno natural, que deve ser tratado com dignidade e respeito pelo conjunto das sociedades. Do ponto de vista social, o envelhecimento da população é um fenômeno estrutural e, tendo atingido inicialmente as nações mais desenvolvidas do mundo, estende-se agora também pelos países subdesenvolvidos, de forma definitiva e, sobretudo, abrupta.

No Brasil, ocorrem transformações demográficas decorrentes de um amplo processo de mudanças sócio-espaciais, relacionadas à urbanização, a ampliação da escolaridade média da população, à melhoria do acesso aos serviços básicos de saúde e a um conjunto de transformações de ordem cultural. A transição de uma situação anterior de alta fecundidade e de alta mortalidade, para um contexto de rápida redução da fecundidade, diminuição gradativa da taxa bruta de mortalidade e elevação da expectativa média de vida, tem provocado um aumento contínuo da participação percentual dos idosos no conjunto da população brasileira. Segundo projeções elaboradas pelos especialistas em estudos demográficos, no final do primeiro quarto deste século, a população idosa do Brasil alcançará a cifra de 30 milhões de pessoas, o que corresponderá a cerca de 15% do total de brasileiros. Desta forma, o país passará a ocupar o 6º lugar no ranking de população idosa no mundo. Em Belo Horizonte, os dados do Censo Demográfico de 2000 já indicavam que 9,1% da população estava acima dos 60 anos de idade, totalizando aproximadamente 205.000 pessoas.

A construção de políticas para os Idosos

A partir da análise deste fenômeno, torna-se fundamental extrair as informações que devem nortear a construção das diretrizes orientadoras das políticas públicas:

- O envelhecimento é um direito e o prolongamento da vida uma conquista de nossa sociedade. No entanto, é fundamental que esta mesma sociedade construa mecanismos que garantam um processo de envelhecimento saudável.

- É fundamental construir ou adequar as políticas públicas de forma a garantir o atendimento às demandas do envelhecimento. Neste sentido, é preciso alocar maior volume de recursos para as políticas, programas e ações específicas voltadas para a população idosa, nas áreas da saúde, educação, cultura, lazer, moradia, transporte, acessibilidade, etc. É importante também que as políticas desenvolvidas se orientem sobretudo por uma concepção preventiva, que contribuam para a promoção da dignidade dos idosos.

- As ações de caráter preventivo reduzem de forma significativa os gastos com a manutenção dos serviços de saúde, bastante onerosos em sociedades com elevado nível de participação de idosos no conjunto da população. As políticas preventivas, ao sustentarem suas prioridades no princípio da garantia da saúde e não no atendimento da doença, valorizam o bem-estar da população



RESUMO

Em 2002, no âmbito da Reforma Administrativa da Prefeitura de Belo Horizonte, foi criada a Coordenadoria Municipal do Idoso, vinculada à Secretaria Municipal dos Direitos de Cidadania, tendo como uma de suas competências coordenar a implantação da Política Municipal do Idoso, discutida e aprovada em 1999, pela Secretaria Municipal de Assistência Social. Para a efetivação desta política, a Coordenadoria definiu como principais estratégias de ação o fortalecimento das organizações da sociedade civil e a articulação das instâncias do Poder Público com as instituições privadas comprometidas com a causa do idoso.

idosa, valorizando suas capacidades e afastando-a da inatividade, elevando a própria auto-estima do indivíduo.

- Devem ser definidas novas referências conceituais de produtividade para a população idosa, além de melhorias nas condições gerais de acessibilidade a espaços públicos e privados, ampliando as condições de um envelhecimento ativo.

- Para ampliar a resolutividade das ações de toda a sociedade, é importante criar mecanismos de cooperação entre o setor público e privado, além da participação da sociedade civil, através das organizações não-governamentais, garantindo o protagonismo dos idosos na discussão e deliberação de temas importantes como a intersetorialidade das políticas públicas e necessidade de incentivo à convivência intergeracional.

- O idoso deve ser reconhecido por toda a sociedade como um cidadão, sujeito de direitos, participando de forma ativa na efetivação de seus direitos, através de uma ampliação dos espaços de implicação social e participação política.

- Uma sociedade democrática e pluralista deve ser capaz de criar instrumentos que permitam a inclusão de todos os grupos da sociedade. Isto cabe, de forma especial, na discussão em torno da questão geracional, de forma a garantir e preservar condições adequadas de inclusão social dos idosos.

¹ Equipe da Coordenadoria Municipal de Direitos da Pessoa Idosa, da Secretaria Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania: Maria Fontana Cardoso Maia, Renata Martins Costa de Moura; Irani de Almeida, Luciana Maria de O. Mariano, Alessandra Aparecida de Albuquerque, Sandra de Mendonça Mallet, Tereza Cristina Silva

■ É necessário aprofundar o debate em torno da reinvenção da aposentadoria, de forma a garantir que a mesma se dê num contexto de maior dinamismo e atividade, orientando-se pelo caminho do envelhecimento saudável. Neste campo, reconhecemos que há muito o que ser feito, já que estamos apenas iniciando uma reflexão mais qualificada sobre o processo de envelhecimento, a partir de novas concepções que valorizam a convivência e a integração intergeracional, o reconhecimento da cidadania dos idosos e o combate às concepções anteriores, que fortaleceram o preconceito, o isolamento e o distanciamento.

A Política Municipal do Idoso em BH

Em Belo Horizonte, os dados da pesquisa realizada pela Fundação João Pinheiro, em 1992, sobre a População Idosa em Minas Gerais e Políticas de Atendimento, e também o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, foram referências importantes para a Prefeitura passar a desenvolver, por meio da Secretaria de Desenvolvimento Social, políticas específicas voltadas para a população idosa.

Em 2002, no âmbito da Reforma Administrativa da Prefeitura de Belo Horizonte, foi criada a Coordenadoria Municipal do Idoso, vinculada à Secretaria Municipal dos Direitos de Cidadania, tendo como uma de suas competências coordenar a implantação da Política Municipal do Idoso, discutida e aprovada em 1999, pela Secretaria Municipal de Assistência Social. Para a efetivação desta política, a Coordenadoria definiu como principais estratégias de ação o fortalecimento das organizações da sociedade civil e a articulação das instâncias do Poder Público com as instituições privadas comprometidas com a causa do idoso.

Outro aspecto relevante no desenvolvimento das ações da Coordenadoria foi a aprovação do Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) pelo Congresso Nacional, sancionado pelo Presidente da República, em 2003. Este Estatuto, além do grande significado político, uma vez que consagra direitos específicos de um importante segmento da nossa população, manifesta uma tomada de consciência do conjunto da sociedade sobre os efeitos das rápidas transformações na estrutura demográfica do país. Tais mudanças apontam a necessidade de uma melhor compreensão em torno das prioridades a serem definidas para as diferentes áreas nas quais Municípios, Estados e União têm uma ação determinante, como as políticas de saúde, educação, moradia, transporte público, acessibilidade, trabalho, aposentadoria, direitos de cidadania e assistência social. Por outro lado, indica que a sociedade deve se preparar, para garantir melhor qualidade de vida e dignidade aos idosos.

No ano de 2004, também em um processo de Reforma Administrativa da Prefeitura de Belo Horizonte, a Coordenadoria passa a ser denominada como Coordenadoria de Direitos de Pessoa Idosa, vinculada à Secretaria Municipal Adjunta de Trabalho e Direitos de Cidadania, passando a ter como maior referência para seu

trabalho o Estatuto do Idoso. Desta forma, o acesso à informação e ao conhecimento são considerados pela Coordenadoria como as premissas para a defesa e garantia dos direitos do cidadão idoso, uma vez que o seu empoderamento contribuirá, de maneira significativa para que ele deixe de ser apenas um consumidor de bens e serviços e assumo o papel de agente e protagonista de sua própria história.

Essa concepção de trabalho visando a garantia e a defesa dos direitos dos idosos pressupõe uma nova postura dos gestores e agentes sociais, de forma a garantir que princípios como o da intersetorialidade, da descentralização de serviços e a participação popular na definição das diretrizes das políticas públicas, permitam a organização, o desenvolvimento, a identidade e a autonomia dos movimentos sociais ligados aos cidadãos idosos em geral. Neste sentido, os programas e ações da Coordenadoria de Direitos de Pessoa Idosa têm-se referenciado nas diretrizes gerais emanadas do Seminário de Planejamento Interno da Secretaria Municipal Adjunta de Trabalho e Direitos de Cidadania, quais sejam: a Educação Política em Direitos Humanos e Cidadania, Atendimento Integrado e Interdisciplinar ao cidadão que tenha sido lesado em seus direitos e a Promoção de Ações Afirmativas, voltados para os segmentos historicamente excluídos da população.

ABSTRACT

In 2002, in the scope of the Administrative Reform of the Superintendence of Belo Horizonte, the "Coordenadoria Municipal do Idoso" (Municipal Coordinating Department of the Old-Aged) was created, entailed to the "Secretaria Municipal dos Direitos de Cidadania" (Municipal Secretariat of the Citizenship Rights), having, as one of its competences, to coordinate the implantation of the Municipal Policies of Old-Aged, discussed and approved in 1999, by the "Secretaria Municipal de Assistência Social" (Municipal Secretariat of Social Assistance). In order to make this policy effective, the Coordinating Department defined, as main action strategies, the invigoration of the organizations of the civil community and the articulation of the instances of the Public Power with the private institutions pledged with the cause of the senior.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- www.ibge.gov.br
www.fjp.gov.br
BRASIL. Cadernos do Ministério da Previdência Social: Assistência Social e Cidadania.
Lei Federal 8842/94 e Decreto 1948/96 - Política Nacional do Idoso
Lei Federal 10741/03 - Estatuto do Idoso
Lei Municipal 7930/99 - Política Municipal do Idoso de Belo Horizonte
BERCOVICH, A. M. A onda jovem. In: Fundação IBGE - indicadores sociais: uma análise da década de 1980. Rio de Janeiro, 1995.
CARAMANO, A. A. BELTRÃO, K & NEUPERT, R. Século XXI: a quantas andar a população brasileira? Brasília: IPEA, 1988.
BELO HORIZONTE. SECRETARIA MUNICIPAL ADJUNTA DE TRABALHO E DIREITOS DE CIDADANIA. Seminário Interno de Planejamento. Gestão 2005 / 2008 - Relatório Final. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte



PENSAR BH/POLÍTICA SOCIAL
Edição especial Idosos

é uma publicação da Câmara Intersetorial de Políticas Sociais
da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

Os artigos assinados são de inteira responsabilidade dos autores,
não refletindo, necessariamente, a opinião dos responsáveis pela edição da Revista.
É permitida a reprodução dos artigos e fotos, desde que autorizados pelos respectivos autores.

Belo Horizonte, setembro de 2005